

CATARINA CARDOSO TOMÁS

## **LITERACIA EM SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA**

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientador – Doutora Teresa de Jesus Rodrigues Ferreira

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

*“A Leitura do mundo precede a leitura da palavra da mesma maneira que o ato de ler palavras implica necessariamente uma contínua releitura do mundo.”*

(Freire & Macedo, 1994)

Aos meus pais e irmão.

## **AGRADECIMENTOS:**

Estes agradecimentos dirigem-se a todos os que contribuíram para a concretização deste trabalho, e sem os quais o percurso seria muito mais difícil e tortuoso.

O meu primeiro agradecimento dirige-se ao Professor Doutor Paulo Queirós e Professora Doutora Teresa Rodrigues, pelos conhecimentos e orientação, mas sobretudo pelo apoio, disponibilidade, motivação, compreensão e confiança.

Às Direções da Escolas que participaram no trabalho, pela receptividade, colaboração, empenho e interesse em participar nesta investigação.

Aos adolescentes pela participação e disponibilidade.

Aos meus colegas da Escola Superior de Saúde de Leiria, pelo apoio, pelas contribuições e sobretudo pela participação em algumas etapas deste projeto.

A todos os meus amigos pelo apoio e compreensão, em especial ao João Santo, Susana Rodrigues, Rita Soares, Maribela Teixeira, João Ferreira e Ana Filipa Soledade pela ajuda, pelos contributos e disponibilidade demonstrada.

À minha família, mãe, pai e irmão por todo o apoio e compreensão, pela ajuda incondicional sem a qual não seria possível realizar este trabalho.



**LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS:**

AHP *Scale* – *Adolescent Health Promotion Scale*

CCH – Curso Científico-Humanístico

CHC *Test* – *Critical Health Competence Test*

DGIDC – Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular

eHEALS – *eHealth Literacy Scale*

ELES – Escala de e-Literacia em Saúde

EPSA – Escala de Promoção de Saúde na Adolescência

EUA – Estados Unidos da América

HALS – *Health Activity Literacy Scale*

HBSC – *Health Behaviour in School-Aged Children*

HIV/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HLQC – *Health Literacy Questionnaire for Children*

HLS-EU – *European Health Literacy Survey*

HLSI – *Health Literacy Skills Instrument*

IALS – Instrumento de Avaliação da Literacia em Saúde

IDL – Instrumento para *Diagnostical Lecturas*

IMC – Índice de massa corporal

IST's – Infecções sexualmente transmissíveis

NVS – *Newest Vital Sign*

OMS – Organização Mundial de Saúde

REALM – *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*

SPSS 18 – *Statistical Package for Social Sciences – Version 18*

TOFHLA – *Test of Functional Health Literacy in Adults*

UICISA-E – Unidade de Investigação em Ciências de Saúde - Enfermagem

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WRAT-R – *Wide Range Achievement Test-Revised*

## RESUMO

A literacia em saúde, definida por vários autores, compreende várias competências necessárias à aplicação efetiva dos conhecimentos e informação em saúde nas decisões diárias. Não explicado integralmente, alguma bibliografia sugere existir um impacto desta capacidade nos comportamentos promotores de saúde. Com o decorrer de uma transição desenvolvimental, os adolescentes são um grupo com necessidades diferentes de intervenção em saúde e em literacia em saúde, com vista à promoção da sua saúde presente e futura.

Com o principal objetivo de avaliar os níveis de literacia em saúde nos adolescentes, compreendendo nesse conceito o impacto das fontes de informação em saúde e da informação sobre saúde, e a influência da literacia em saúde na frequência de comportamentos promotores de saúde, foi realizado um estudo quantitativo, de carácter descritivo-correlacional, transversal e retrospectivo. Para esta investigação utilizou-se uma amostra de 1215 adolescentes, com idade compreendidas entre os 14 e os 20 anos, de ambos os sexos, a frequentar o ensino secundário de duas escolas do distrito de Leiria. Para a colheita de dados, utilizou-se um instrumento de autopreenchimento em suporte de papel, composto por cinco partes. A primeira contemplava questões de caracterização sociodemográfica da amostra e as seguintes eram constituídas por cada uma das quatro escalas utilizadas neste estudo: *eHealth Literacy Scale*, *Adolescent Health Promotion Scale*, *Health Literacy Questionnaire for Children* e o Instrumento de Avaliação de Literacia em Saúde, escalas estas traduzidas e culturalmente adaptadas para a população portuguesa seguindo uma metodologia científica, com exceção da última que foi elaborada por nós.

Os resultados encontrados permitem concluir que as escalas utilizadas apresentam boas propriedades psicométricas na população utilizada, validando assim a sua viabilidade na avaliação dos conceitos em causa. Foram ainda encontrados bons níveis de e-literacia em saúde, de literacia em saúde e de comportamentos promotores de saúde na amostra selecionada, percebendo-se diferenças

estatisticamente significativas entre sexos e adolescentes a frequentar diferentes anos de escolaridade, em relação a estes conceitos. A idade encontra-se também correlacionada com os mesmos conceitos, exceto a e-literacia em saúde, sendo a correlação entre esta e os comportamentos promotores de saúde e a literacia em saúde, negativas. Diferenças nos níveis de literacia em saúde foram encontrados entre estudantes a frequentar cursos formativos diferentes e entre estudantes de nacionalidade portuguesa e não portuguesa, havendo uma correlação positiva entre este conceito e o número de anos a viver em Portugal nos adolescentes que nasceram noutro país. Não se encontraram diferenças nos níveis de literacia em saúde entre adolescentes que dominam o português ou outra língua para comunicar, bem como entre adolescentes nascidos ou não em Portugal.

O modelo apresentado correlaciona causalmente os conceitos estudados, percebendo-se existir impacto das fontes de informação em saúde e dos tópicos de informação em saúde na literacia em saúde, e de todos os conceitos (tópicos de informação em saúde, fontes de informação em saúde, literacia em saúde e e-literacia em saúde) em relação aos comportamentos promotores de saúde. Apesar de correlacionados, não se encontram relação preditiva entre a literacia em saúde e a e-literacia em saúde.

Os resultados encontrados permitem perceber a necessidade de intervenção em enfermagem, com vista à promoção de saúde e de literacia em saúde que permitirá desenvolver competências e capacidades de gestão de saúde mais eficazes na adolescência e idade adulta destes jovens, promovendo uma transição saudável. Para além disso permite ainda planear intervenções adequadas e adaptadas às necessidades destes jovens, considerando o impacto da literacia em saúde nos comportamentos promotores de saúde, bem como os tópicos de saúde mais relevantes e as fontes de informação mais privilegiadas.

**ABSTRACT**

The health literacy, defined by various authors, comprises various skills needed for the effective application of knowledge and information on health in daily decisions. Not fully explained, some literature suggests that there is an impact of this capacity in health promoting behaviors. Over the course of a developmental transition, teenagers are a group with needs for intervention in health and health literacy, enhancing to promote their present and future health.

With the main goal to assess levels of health literacy in adolescents, including the impact of sources of health information and health information in this concept, and the influence of health literacy in the frequency of health promoting behaviors a quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional and retrospective study was conducted. For this investigation we used a sample of 1215 adolescents, aged between 14 and 20 years, of both sexes, attending secondary education in two schools in the district of Leiria. For data collection, we used a self-report instrument in paper that consists of five parts. The first comprehends sociodemographic characteristics of the sample and the following consisted each one of the four scales used in this study: eHealth Literacy Scale, Adolescent Health Promotion Scale, Health Literacy Questionnaire for Children and Instrumento de Avaliação de Literacia em Saúde, scales that have been translated and culturally adapted for the Portuguese population following a scientific methodology, except the last which was developed by us.

The results allow us to conclude that the used scales have good psychometric properties in the used population, thus validating its feasibility for evaluate the concepts mentioned. We also found high levels of e-health literacy, health literacy and health promoting behaviors in the sample selected, realizing statistically significant differences between genders and adolescents attending different school years, in relation to these concepts. The age is also correlated with the same concepts, except the e-health literacy, and the correlation between it and the health promoting behaviors and health literacy is negative. Differences in levels of health

literacy was found among students attending different formation courses and between students of portuguese nationality and not portuguese nationality. There is also a positive correlation between this concept and the number of years living in Portugal in adolescents who were born in another country. There were no differences in levels of health literacy among adolescents who speak portuguese or another language to communicate as well as between adolescents born in portugal or not.

The presented model represents the causality correlation between concepts, perceiving there is an impact of sources of information and topics of health information on health literacy, and all of that concepts (topics of health information, sources of health information, health literacy and e-health literacy) in the health promoting behaviors. Although correlated, there is not predictive relationship between health literacy and e-health literacy.

The results allows to understand the need for intervention in nursing to promote health and health literacy that will develop skills and management skills for more effective health of these young people in adolescence and adulthood, promoting a healthy transition. Also allows the appropriate planning of interventions tailored to the needs of these youth, considering the impact of health literacy on health promoting behaviors, as well as the health topics most relevant and information sources more privileged.

## ÍNDICE

### INTRODUÇÃO 21

#### – ENQUADRAMENTO TEÓRICO –

### 1. ADOLESCÊNCIA COMO PROCESSO DE TRANSIÇÃO 29

### 2. ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS 37

#### 2.1. ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA ADOLESCÊNCIA 39

#### 2.2. IMPORTÂNCIA DA LITERACIA EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS 46

#### 2.3. PAPEL DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS 50

##### 2.3.1. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender 53

### 3. LITERACIA 57

#### 3.1. LITERACIA EM SAÚDE 59

##### 3.1.1. e-Literacia em Saúde 69

#### 3.2. FONTES DE INFORMAÇÃO 72

#### 3.3. LITERACIA EM SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA 83

#### 3.4. AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE 89

#### 3.5. PAPEL DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DE LITERACIA EM SAÚDE 93

#### – ESTUDO EMPÍRICO –

### 4. METODOLOGIA 105

#### 4.1. TIPO DE ESTUDO 106

#### 4.2. VARIÁVEIS 106

#### 4.3. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO 109

#### 4.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA 111

#### 4.5. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS 112

##### 4.5.1. *eHealth Literacy Scale* 112

##### 4.5.2. *Adolescent Health Promotion Scale* 113

---

<b>4.5.3. <i>Health Literacy Questionnaire for Children</i></b>	<b>115</b>
<b>4.5.4. Instrumento de Avaliação da Literacia em Saúde</b>	<b>117</b>
4.6. VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DOS INSTRUMENTOS	120
4.7. MATERIAL E MÉTODOS	122
4.8. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	124
4.9. TRATAMENTO ESTATÍSTICO	125
<b>5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>	<b>127</b>
5.1. ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DOS INSTRUMENTOS	127
5.1.1. Escala de e-Literacia em Saúde (ELES)	127
5.1.2. Escala de Promoção de Saúde na Adolescência (EPSA)	130
5.1.3. Questionário de Literacia em Saúde para Crianças (QLSC)	132
5.1.4. Instrumento de Avaliação da Literacia em Saúde (IALS)	134
5.2. ANÁLISE DESCRITIVA	136
5.3. ANÁLISE INFERENCIAL	164
<b>6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>213</b>
<b>7. CONCLUSÕES</b>	<b>255</b>
7.1. LIMITAÇÕES AO ESTUDO E SUGESTÕES	267
 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	 <b>269</b>
 <b>ANEXOS</b>	
ANEXO I – Instrumento de colheita de dados	
ANEXO II – Instrumentos originais	
ANEXO III – Autorização dos autores dos instrumentos originais para a sua utilização	
ANEXO IV – Retraduções dos instrumentos utilizados	
ANEXO V – Conclusões do <i>thinking aloud</i>	
ANEXO VI – Validação cultural realizada pelo painel de peritos	
ANEXO VII – Parecer dos autores dos instrumentos originais à sua tradução e validação cultural	
ANEXO VIII – Autorização por parte das escolas para a realização do estudo	
ANEXO IX – Parecer da Comissão de Ética	
ANEXO X – Autorização da DGIDC para a realização do estudo	

---



ANEXO XI – Consentimento informado dos pais

ANEXO XII – Consentimento informado dos adolescentes

ANEXO XIII – Tabelas de resultados

ANEXO XIV – Publicações

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Teoria das Transições 31

FIGURA 2 – Modelo de Promoção de Saúde Revisto 54

FIGURA 3 – Componentes da literacia 57

FIGURA 4 – Enquadramento da literacia em saúde 63

FIGURA 5 – Fatores influentes na literacia em saúde 64

FIGURA 6 – Modelo Lírio da e-literacia em saúde 70

FIGURA 7 – Processo de tradução e validação dos instrumentos utilizados 122

FIGURA 8 – Modelo de relação entre conceitos 234

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Carga fatorial dos itens da eHEALS no seu autovetor 113

QUADRO 2 – Distribuição dos itens pelas subescalas da AHP *Scale* 114

QUADRO 3 – Consistência interna da AHP *Scale* e suas subescalas 115

QUADRO 4 – Áreas temáticas e cenários correspondentes do IALS 119

QUADRO 5 – Distribuição das questões do IALS pelos parâmetros de desempenho em literacia em saúde 119

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1 – Frequência de respostas por ano de escolaridade 136
- GRÁFICO 2 – Frequência de respostas por curso formativo frequentado 136
- GRÁFICO 3 – Dados relativos aos participantes a frequentar cursos profissionais 137
- GRÁFICO 4 – Dados relativos ao sexo dos participantes 137
- GRÁFICO 5 – Distribuição dos participantes tendo em conta o sexo e o curso formativo frequentado 138
- GRÁFICO 6 – Dados relativos à idade dos participantes 139
- GRÁFICO 7 – Dados relativos à nacionalidade dos participantes 139
- GRÁFICO 8 – Dados relativos ao número de anos a viver em Portugal (imigração) 140
- GRÁFICO 9 – Dados relativos à cultura dos participantes 141
- GRÁFICO 10 – Dados relativos à data da última ida ao médico 143
- GRÁFICO 11 – Dados relativos ao tipo de médico consultado na última consulta 144
- GRÁFICO 12 – Dados relativos ao número de idas ao médico ou hospital nos últimos seis meses 144
- GRÁFICO 13 – Dados sobre quem teve a iniciativa para o adolescente ir ao médico ou hospital 145
- GRÁFICO 14 – Dados relativos aos locais de aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde 146
- GRÁFICO 15 – Dados relativos à primeira pessoa com quem o adolescente fala quando tem um problema de saúde 146
- GRÁFICO 16 – Dados relativos aos tópicos de saúde sobre os quais os adolescentes receberam informação durante o último ano 148
- GRÁFICO 17 – Dados relativos a fontes de informação em saúde, informação de saúde contida nos panfletos/brochuras e satisfação da interação com o médico enquanto fonte de informação (HLQC) 151
- GRÁFICO 18 – Níveis de e-literacia em saúde nos adolescentes (eHEALS) 157
- GRÁFICO 19 – Níveis de comportamentos promotores de saúde dos adolescentes (AHP *Scale*) 161
- GRÁFICO 20 – Níveis de literacia em saúde por área temática 162
-

GRÁFICO 21 – Níveis de literacia em saúde por parâmetros de desempenho 163

**ÍNDICE DE TABELAS:**

TABELA 1 – Correlações de <i>Pearson</i> entre os itens da escala ELES	128
TABELA 2 – Consistência interna da escala ELES se itens eliminados	129
TABELA 3 – Análise fatorial e peso dos fatores após rotação <i>Varimax</i> com normalização <i>Keiser</i> (ELES)	130
TABELA 4 – Consistência interna da escala QLSC se itens eliminados	133
TABELA 5 – Análise de fatores pelo método <i>Optimal Scaling</i> com 52 itens	135
TABELA 6 – Análise de fatores pelo método <i>Optimal Scaling</i> com 45 itens	135
TABELA 7 – Distribuição dos participantes tendo em conta o sexo e a curso formativo frequentado	138
TABELA 8 – Dados relativos à percepção de domínio da língua para ler e escrever, comunicar com a família e para comunicar com os amigos e nas relações sociais	142
TABELA 9 – Dados relativos a fontes de informação em saúde, informação de saúde contida nos panfletos/brochuras e satisfação da interação com o médico enquanto fonte de informação (HLQC)	150
TABELA 10 – Níveis de e-literacia em saúde dos adolescentes (eHEALS)	156
TABELA 11 – Níveis de comportamentos promotores de saúde dos adolescentes (AHP <i>Scale</i> )	161
TABELA 12 – Níveis de literacia em saúde por área temática	162
TABELA 13 – Níveis de literacia em saúde por parâmetros de desempenho	163
TABELA 14 – Níveis de literacia em saúde agrupados	163
TABELA 15 – Diferenças de fontes de aquisição de panfletos/brochuras entre os sexos (teste <i>t-student</i> )	164
TABELA 16 – Diferenças de fontes de aquisição de panfletos/brochuras entre anos de escolaridade (teste <i>one-way ANOVA</i> )	165
TABELA 17 – Diferenças da utilização de outras fontes de panfletos/brochuras entre anos de escolaridade (teste <i>Post-Hoc Tukey</i> )	165
TABELA 18 – Correlação entre a idade e as fontes de aquisição de panfletos/brochuras (teste de correlação de <i>Pearson</i> )	166

---

TABELA 19 – Diferenças de informação sobre tópicos de saúde entre os sexos (teste *t-student*) 167

TABELA 20 – Diferenças de informação sobre tópicos de saúde entre anos de escolaridade (teste *one-way* ANOVA) 167

TABELA 21 – Diferenças de informação sobre os tópicos saúde sexual, nutrição e fumar entre anos de escolaridade (teste *Post-Hoc Tukey*) 168

TABELA 22 – Correlação entre a idade e os tópicos de informação em saúde (teste de correlação de *Pearson*) 169

TABELA 23 – Diferenças de fontes de informação entre os sexos (teste *t-student*) 169

TABELA 24 – Diferenças de informação sobre saúde dos panfletos/brochuras entre os sexos (teste *t-student*) 170

TABELA 25 – Diferenças de fontes de informação em saúde entre anos de escolaridade (teste *one-way* ANOVA) 170

TABELA 26 – Diferenças da fonte de informação em saúde amigos entre anos de escolaridade (teste *Post-Hoc Tukey*) 171

TABELA 27 – Diferenças de informação sobre saúde dos panfletos/brochuras entre anos de escolaridade (teste *one-way* ANOVA) 171

TABELA 28 – Diferenças dos itens de informação sobre saúde dos panfletos/brochuras entre anos de escolaridade (teste *Post-Hoc Tukey*) 172

TABELA 29 – Correlação entre a idade e as fontes de informação em saúde (teste de correlação de *Pearson*) 173

TABELA 30 – Correlação entre a idade e a informação de saúde dos panfletos/brochuras (teste de correlação de *Pearson*) 173

TABELA 31 – Diferenças de percepção da utilidade da informação em saúde dos panfletos/brochuras em relação à frequência de leitura conjunta com a pessoa que os entrega (teste *Post-Hoc Tukey*) 174

TABELA 32 – Diferenças de e-literacia em saúde entre os sexos (teste *t-student*) 175

TABELA 33 – Diferenças de e-literacia em saúde entre anos de escolaridade (teste *one-way* ANOVA) 176

TABELA 34 – Diferenças entre anos de escolaridade no item 4 (teste *Post-Hoc Tukey*) 177

TABELA 35 – Diferenças de comportamentos promotores de saúde entre os sexos (teste *t-student*) 177

---

---

TABELA 36 – Diferenças de comportamentos promotores de saúde entre anos de escolaridade (teste *one-way* ANOVA) 178

TABELA 37 – Diferenças de comportamentos promotores de saúde em nutrição, exercício físico, gestão do *stresse* e total entre anos de escolaridade (teste *Post-Hoc Tukey*) 179

TABELA 38 – Correlação entre a idade e comportamentos promotores de saúde (teste de correlação de *Pearson*) 180

TABELA 39 – Diferenças de comportamentos promotores de saúde entre adolescentes que receberam informação sobre saúde durante o último ano (teste *t-student*) 180

TABELA 40 – Correlação entre a frequência de comportamentos promotores de saúde e a frequência de utilização das fontes de informação em saúde (teste de correlação de *Pearson*) 181

TABELA 41 – Correlação entre a frequência de comportamentos promotores de saúde e a e-literacia em saúde (teste de correlação de *Pearson*) 182

TABELA 42 – Correlação entre a idade e os níveis de literacia em saúde (teste de correlação de *Pearson*) 183

TABELA 43 – Diferenças de literacia em saúde entre anos de escolaridade (teste *one-way* ANOVA) 184

TABELA 44 – Diferenças de literacia em saúde entre cursos formativos (teste *one-way* ANOVA) 185

TABELA 45 – Correlação entre os anos vividos em Portugal e os níveis de literacia em saúde (teste de correlação de *Pearson*) 188

TABELA 46 – Diferenças de literacia em saúde entre adolescentes que receberam informação sobre o tópico nutrição e os que não receberam (teste *t-student*) 191

TABELA 47 – Diferenças de literacia em saúde entre adolescentes que receberam informação sobre o tópico saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) e os que não receberam (teste *t-student*) 192

TABELA 48 - Diferenças de níveis de comportamentos promotores de saúde entre níveis de literacia em saúde (teste *Post-Hoc Tukey*) 195



## INTRODUÇÃO

A literacia em saúde, definida como “*the capacity of individuals to obtain, interpret, and understand basic health information and services and the competence to use such information and services in ways which enhance health*” pelo Joint Committee on National Health Education Standards (1995, p. 5), tem sido alvo de investigação e aprofundamento, e em consequência, tem sofrido alterações no que respeita à sua definição, levando a debate e confusão (Nutbeam, 2009).

Literacia em saúde depende não apenas de capacidades e competências individuais, mas também dos profissionais de saúde e do tipo e forma da informação providenciada, resultando de uma convergência entre educação, cultura e impacto social (Committee on Health Literacy, 2004; Nutbeam, 2000)

A Organização Mundial de Saúde define também literacia em saúde, referindo que “*represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health*” (Nutbeam, 1998, p. 357). A literacia em saúde permite adquirir competências pessoais que levam a benefícios pessoais e adesão a estilos de vida saudáveis, mas também a benefícios sociais e culturais, relacionados com o aumento dos níveis de saúde populacionais, e consequente desenvolvimento de capital social (Nutbeam, 1998, 2000).

A nível internacional, muitos estudos surgiram já evidenciando os baixos níveis de literacia em saúde da população em geral e dos adolescentes em particular. Os adolescentes, referindo interesse pela informação sobre saúde, e utilizando diversas fontes de informação em saúde, manifestam, contudo, alguma dificuldade em seleccionar, compreender e utilizar a mesma.

O *National Assessment Adult Literacy* indica que, em 2003, 53% dos adultos americanos apresentavam um nível intermédio de literacia para a saúde, 22% apresentavam um nível básico e 14% um nível inferior ao básico (Kutner, Greenberg, Jin, Paulsen, & White, 2006). Brown, Teufel, & Birch (2007) referem

também que cerca de 40% dos adolescentes dos 9 aos 13 anos, participantes do estudo que realizaram, revelaram interesse em aprender mais sobre saúde, embora cerca de 25% referissem que sentem dificuldade em compreender a informação de saúde.

Literacia em saúde pode ser avaliada tendo em conta níveis que se relacionam com as competências adquiridas, nomeadamente os níveis básico ou funcional, comunicacional ou interativo, e crítico. A progressão nestes níveis permite um aumento da autonomia e capacitação pessoal e relaciona-se, não só com o desenvolvimento cognitivo, mas também com a exposição a diferentes tipos de informação sobre saúde (Nutbeam, 2000, 2009). A literacia funcional reflete os resultados obtidos a partir da educação em saúde baseada na transmissão de conhecimentos relacionados com a saúde e com os serviços de saúde, consistindo na capacidade de lidar eficazmente com as situações de saúde, utilizando competências de leitura e escrita (Nutbeam, 2000; Santos, 2010), o que por si só não explica a necessidade de adequar e utilizar os conhecimentos em decisões práticas e críticas diárias.

Existem diversos estudos que comprovam que a uma literacia em saúde pobre se associam níveis mais elevados de comportamentos de risco e mais baixos de comportamentos promotores de saúde. Para além disso, a associação entre literacia em saúde e resultados em saúde que se tem demonstrado em evidência nos adultos, leva a crer que relação semelhante ocorre nos adolescentes, estando o tema bem documentado, apesar de pouco demonstrado e compreendido cientificamente (Chang, 2010). Torna-se cada vez mais relevante perceber a relação entre literacia em saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis, uma vez que os adolescentes têm, atualmente, cada vez mais acesso a informação de saúde, nomeadamente através da *internet* (Chang, 2010), tornando-se relevante perceber qual o impacto que esta informação, bem como as fontes de informação em saúde têm efetivamente na saúde dos adolescentes.

Uma intervenção baseada em literacia numa idade precoce permite aos adolescentes adquirir competências que lhes facultam a análise, compreensão e utilização de forma adequada da informação que lhes é disponibilizada. A literacia em saúde permite também capacitar os indivíduos para o processo de tomada de

---

decisão clínica de forma mais participativa e consciente (Santos, 2010). A compreensão da literacia em saúde é essencial como forma de facilitação da comunicação entre utentes e enfermeiros, cabendo aos enfermeiros a responsabilidade de promover a literacia para a saúde dos utentes, fornecendo informação compreensível por eles e promovendo capacidades e competências para utilizar essa mesma informação de forma eficaz (Squellati, 2010). Compreender a relação existente entre fontes de informação, literacia em saúde e adoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes, permite aos enfermeiros adequar as suas intervenções como forma de promover o desenvolvimento de competências para a utilização de conhecimentos em saúde e adequação da utilização dos serviços (Chang, 2010).

Alguns estudos têm também sido realizados a nível internacional com o objetivo de compreender esta mesma associação. Chang (2010) no seu estudo realizado na Tailândia, com 1597 adolescentes, com a idade média de 17 anos, com base na *Adolescent Health Promotion Scale* e no *Short Test of Functional Health Literacy in Adolescents*, concluiu que, níveis elevados de literacia em saúde se encontram associados a comportamentos promotores de saúde, sendo que, os adolescentes com níveis inferiores de literacia em saúde demonstraram pontuações baixas nos comportamentos promotores de saúde, em especial na área de nutrição e relações interpessoais. O autor sugere então que, dadas as conclusões, os enfermeiros tenham em conta o desenvolvimento de competências de literacia para a saúde nas suas intervenções de promoção de saúde e estilos de vida saudáveis nos adolescentes.

Em Portugal, não existem ainda estudos relacionados com literacia em saúde geral, ou que pretendam analisar a relação entre esta e a adoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes. Não existe, portanto, uma perceção dos níveis de literacia em saúde na população portuguesa, sendo que o único instrumento que avalia a literacia validado para a nossa população se encontra relacionado com competências em nutrição (Santos, 2010).

Este trabalho de investigação foi realizado no âmbito da candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel

Salazar, tendo sido orientado pelo Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós e coorientado pela Professora Doutora Teresa de Jesus Rodrigues Ferreira.

Tendo sido percebida a necessidade de compreensão do conceito de literacia em saúde na população portuguesa, bem como aos fatores que influenciam o desenvolvimento da mesma, como as fontes de informação em saúde, dando ênfase ao seu impacto na promoção de comportamentos saudáveis, este estudo visa analisar estes conceitos e suas relações, nos adolescentes portugueses.

O objetivo principal do estudo é o de avaliar os níveis de literacia em saúde nos adolescentes, compreendendo o impacto das fontes de informação em saúde e da informação sobre saúde recebida nesse conceito, e a influência da literacia em saúde na frequência de comportamentos promotores de saúde, numa amostra de adolescentes portugueses.

Desta forma, a questão de investigação para este estudo é:

- Quais os níveis de literacia em saúde na amostra de adolescentes selecionada, a influência das fontes de informação utilizadas e informação sobre saúde recebida nesses níveis, e a influência dos níveis de literacia em saúde nos níveis de comportamentos promotores de saúde?

Os objetivos específicos da investigação são:

- Conhecer de que forma as fontes de informação são utilizadas pelos adolescentes para adquirir informação sobre saúde;
- Conhecer os tópicos de informação em saúde sobre os quais os adolescentes receberam informação durante o último ano;
- Conhecer os níveis de comportamentos promotores de saúde dos adolescentes;
- Conhecer os níveis de e-literacia em saúde dos adolescentes;
- Conhecer os níveis de literacia em saúde dos adolescentes;

- 
- Perceber se existem diferenças de género, relativamente às fontes de informação, aos tópicos de informação em saúde, aos níveis de comportamentos promotores de saúde, aos níveis de e-literacia em saúde e aos níveis de literacia em saúde;
  - Perceber se existem diferenças entre adolescentes a frequentar anos letivos diferentes, relativamente às fontes de informação, aos tópicos de informação em saúde, aos níveis de comportamentos promotores de saúde, aos níveis de e-literacia em saúde e aos níveis de literacia em saúde;
  - Compreender se existem diferenças relativamente às fontes de informação, aos tópicos de informação em saúde, aos níveis de comportamentos promotores de saúde, aos níveis de e-literacia em saúde e aos níveis de literacia em saúde, tendo em conta a idade dos adolescentes;
  - Compreender se existem diferenças dos níveis de literacia em saúde entre adolescentes a frequentar cursos formativos diferentes;
  - Perceber se existem diferenças culturais ou de nacionalidade em relação aos níveis de literacia em saúde;
  - Conhecer em que medida os níveis de e-literacia em saúde se relacionam com as fontes de informação em saúde e com os tópicos de informação em saúde;
  - Conhecer em que medida os níveis de literacia em saúde se relacionam com as fontes de informação em saúde, com os tópicos de informação em saúde e com os níveis de e-literacia em saúde;
  - Conhecer em que medida os níveis de comportamentos promotores de saúde se relacionam com as fontes de informação em saúde, com os tópicos de informação em saúde, com os níveis de e-literacia em saúde e com os níveis de literacia em saúde;
  - Perceber a influência dos níveis de literacia em saúde nos níveis de comportamentos promotores de saúde;
  - Perceber a influência das fontes de informação em saúde e dos tópicos de informação em saúde nos níveis de comportamentos promotores de saúde;
-

- Perceber a influência das fontes de informação em saúde e dos tópicos de informação em saúde nos níveis de literacia em saúde;
- Perceber a influência mútua entre literacia em saúde e e-literacia em saúde.

Para atingir estes objetivos realizou-se um estudo quantitativo, de carácter descritivo-correlacional, transversal e retrospectivo, que decorreu de 2011 a 2013. O método de colheita de dados utilizado foi o questionário de autopreenchimento, aplicado a uma amostra de adolescentes, residentes em Portugal e, a frequentar o ensino secundário no distrito de Leiria.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes, subdivididas em capítulos.

Na primeira parte, o enquadramento teórico, serão desenvolvidos os conceitos-chave desta investigação, bem como apresentado o estado de arte atual acerca da temática. As temáticas abordadas e, sobre as quais se realizou uma revisão de literatura, dizem respeito à adolescência como processo de transição, aos estilos de vida saudáveis e à literacia, procurando abordar, em cada um destes temas, a visão da disciplina de enfermagem acerca do mesmo.

Na segunda parte, o estudo empírico, será realizada uma descrição da metodologia e componentes de investigação utilizadas no estudo realizado, bem como a apresentação dos resultados, a sua discussão e as conclusões obtidas, tendo por base o objetivo principal e objetivos específicos do estudo.

De seguida apresentam-se, as referências bibliográficas utilizadas para a elaboração desta investigação, e, por fim, em anexo, apresentam-se todos os documentos relevantes que suportam o trabalho realizado, bem como algumas das tabelas que representam alguns dos resultados obtidos.

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**





## 1. ADOLESCÊNCIA COMO PROCESSO DE TRANSIÇÃO

A adolescência é um período de desafios e transições. É uma fase desenvolvimental entre a infância e a idade adulta. Os adolescentes já não são crianças, mas também ainda não são adultos, sendo este período de vida, um dos mais intensos e críticos com considerável desenvolvimento e alterações a nível biológico, cognitivo, de personalidade, social (Feldman, 2008), e emocional (Borzekowski, 2009), alterações estas que ocorrem mais rapidamente que em qualquer outro período do ciclo vital (Feldman, 2008). O período de vida do adolescente que compreende a frequência no ensino secundário é considerado um período transacional, que oferece oportunidades para determinar o estabelecimento de estilos de vida promotores de saúde (Wang, Ou, Chen, & Duan, 2009).

Feldman (2008) refere que indicar o início e o fim da adolescência é uma tarefa difícil, pois, para além do desenvolvimento ser gradual, existem alterações a determinados níveis que se dão antes de outros, o que dificulta a definição de um período. O autor considera a adolescência como o período que se inicia por volta dos 10 anos e termina por volta dos 20 anos de idade. Refere ainda que alguns autores dividem este período em três: fase inicial da adolescência que vai dos 10 aos 13 anos, fase intermédia, dos 14 aos 17 anos e adolescência tardia, que vai dos 18 aos 20 anos de idade.

A transição é um conceito familiar nas teorias desenvolvimentais e de adaptação ao *stress*, acomodando as continuidades e descontinuidades nos processos de vida, estando, por isso, invariavelmente, relacionada com alterações e desenvolvimento. As transições são os períodos que ocorrem entre períodos de estabilidade. A transição refere-se a um processo e resultado de uma interação indivíduo-ambiente bastante complexa (Chick & Meleis, 2010).

O termo transição deriva do latim *transire*, que significa *atravessar*. Nesta teoria conceptualiza-se como uma passagem de uma fase da vida, condição ou *status*

para outro, sendo um conceito múltiplo que engloba os elementos *processo*, *intervalo de tempo* e *percepção*. O processo sugere a existência de fases e uma sequência, envolvendo a rutura que a transição ocasiona e a resposta pessoal do indivíduo a essa interferência. O intervalo de tempo remete para um fenómeno delimitado num processo contínuo, estendendo-se desde a antecipação da transição até que a estabilidade no novo *status* seja atingida. A percepção relaciona-se com o significado que a transição toma no indivíduo que a experiencia, refletindo como a ambiguidade de papéis e a ameaça ao autoconceito é experienciada (Chick & Meleis, 2010).

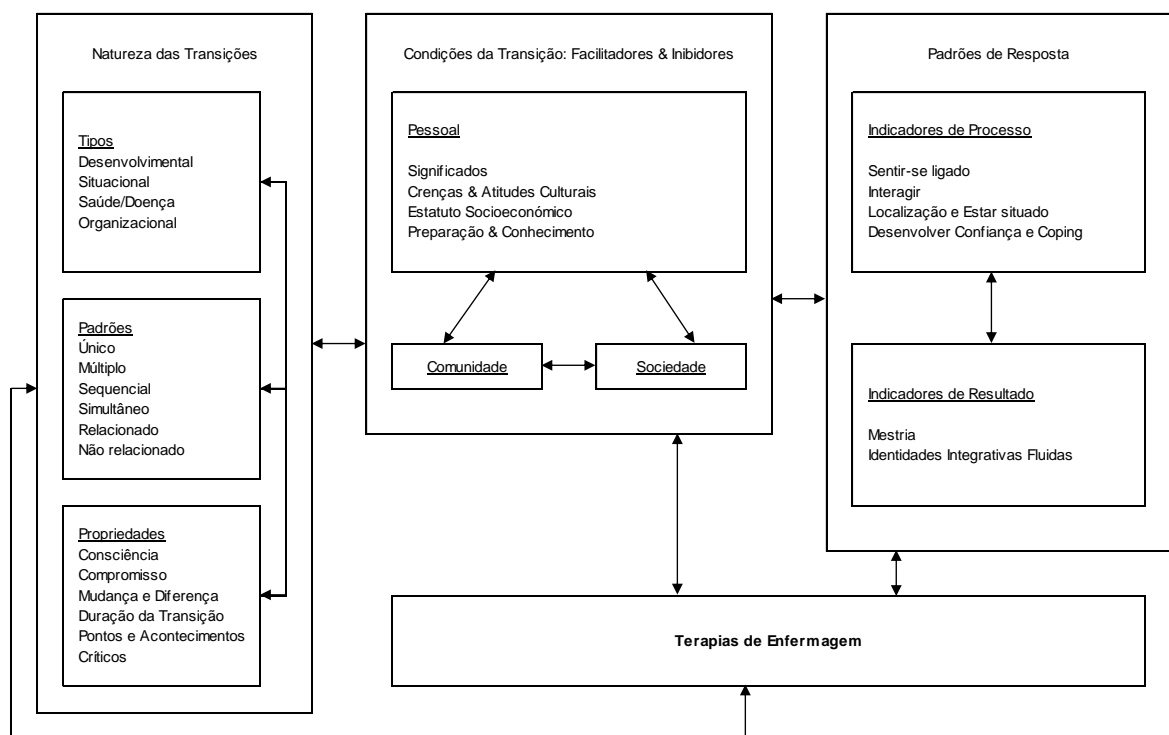
Uma transição é essencialmente positiva, dado que a sua realização implica que o indivíduo atinja um período de grande estabilidade relativamente ao período anterior à transição. Mesmo que o *status* pós-transição pareça não incrementar valor ao *status* pré-transacional, não significa que a transição não possa ser positiva, pois uma transição completa significa que o potencial disruptivo e a desorganização associada às circunstâncias precipitantes foram controlados (Chick & Meleis, 2010).

Uma transição denota uma alteração no *status* de saúde, nas relações, nas expectativas ou nas capacidades, indicando uma alteração nas necessidades de todos os sistemas humanos. Requer, por isso, que o indivíduo incorpore novos conhecimentos, altere o seu comportamento e, por isso mesmo, altere a sua definição de *eu* no contexto social (Meleis, 2010, 2012; Schumacher & Meleis, 2010). Tem duas propriedades fundamentais: a ocorrência ao longo do tempo (podendo ou não ser dividida em etapas) e a mudança que se apresenta numa direção (Schumacher & Meleis, 2010). As transições são um resultado de mudanças de vida, saúde, relações e ambientes, mas também resultam na mudança destes elementos (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010).

A teoria das transições é uma teoria de médio alcance, emergente, que consiste em tipos e padrões de transição, propriedades das experiências de transição, condições facilitadoras e inibidoras das transições, indicadores de processo e de resultado e terapias de enfermagem (Figura 1). Os quatro tipos de transições definidos, desenvolvimentais, situacionais, de eventos de saúde/doença ou organizacionais, representam as transições centrais à prática de enfermagem,

sendo que estas ocorrem com padrões de multiplicidade e complexidade e não de forma autónoma ou exclusiva (Meleis, 2012; Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010). A enfermagem necessita de considerar os padrões de todas as transições significativas num indivíduo e, não apenas, um tipo específico de transição, tendo em conta se vive apenas uma ou múltiplas transições, se as transições múltiplas são sequenciais ou sobrepostas ocorrendo em simultâneo, e se existe ou não relação entre as transições e os acontecimentos que as desencadeiam (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010).

Figura 1 - Teoria das Transições



Fonte: Adaptado de Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher (2010)

As transições são complexas e multidimensionais, sendo as suas propriedades identificadas (consciência, compromisso, mudança e diferença, duração da transição e pontos e acontecimentos críticos) propriedades interrelacionadas de um processo complexo. A consciência relaciona-se com a perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição, estando geralmente refletido no grau de congruência entre aquilo que se sabe acerca dos processos e respostas e o que constitui um conjunto esperado de respostas e perceções de indivíduos a viver transições semelhantes. Embora a consciência seja uma propriedade importante da transição, a falta da sua manifestação não impede ou exclui o início

da mesma. O compromisso corresponde ao grau de envolvimento demonstrado no processo inerente à transição, como a procura de informação, o uso de modelos, a preparação ativa e a modificação proativa das atividades. O nível de compromisso de um indivíduo consciente das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais difere do de alguém que não tem essa consciência. Mudança e diferença, apesar de propriedades essenciais das transições, não são sinónimos da mesma, nem intercambiáveis entre si. Todas as transições envolvem mudança, mas nem todas as mudanças se relacionam com transições. As transições são os resultados da e na mudança. Confrontar a diferença é outra das propriedades das transições, nomeadamente, expectativas desconhecidas ou divergentes, sentir-se diferente, ser percebido como diferente ou perceber a envolvente de forma diferente, sendo útil considerar o nível de conforto e mestria do indivíduo ao lidar com a mudança e confrontar a diferença. A duração da transição pode ser variável, e apesar de ser definida por etapas, por alguns autores, é difícil definir o seu início e final, impondo um limite temporal, sendo que todas as transições se caracterizam por fluidez e movimento ao longo do tempo. Apesar de, por vezes, não serem muito evidentes, as transições associam-se, geralmente, a pontos críticos e acontecimentos identificáveis (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010).

Os mesmos autores referem ainda que as perceções e significados que os indivíduos têm ligados à saúde e à doença são influenciados por e influenciam as condições sobre as quais ocorrem as transições. Para compreender as experiências dos indivíduos durante as transições é necessário analisar as condições sociais, comunitárias e pessoais que podem facilitar ou inibir o processo de transição saudável e os seus resultados. O significado atribuído aos eventos que precipitam a transição, bem como, ao processo de transição é uma dessas condições pessoais, tal como as crenças e atitudes culturais existentes, o estatuto socioeconómico, e a preparação e conhecimento prévio (como o conhecimento sobre o que esperar durante a transição e as estratégias úteis na sua gestão).

Uma transição saudável caracteriza-se pelos indicadores de processo e de resultados. Dado que as transições se desenvolvem ao longo do tempo, reconhecer indicadores de processo que levam os indivíduos em direção à saúde ou à vulnerabilidade e risco permite um acesso antecipado às intervenções de

enfermagem que facilitem resultados em saúde (Ballinger, 1985, citado por Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010). Os indicadores de resultado, mestria de novas competências necessárias para gerir a transição e desenvolvimento de uma identidade fluida e integrativa, podem refletir a qualidade de vida dos indivíduos a viver a transição. A determinação de quando uma transição está completa tem de ser flexível e variável, dependendo do tipo de mudança ou de evento que a iniciou, bem como, da natureza e padrão da transição. Se os resultados forem considerados demasiado cedo, poderão ser indicadores de processo e, se forem tidos em conta demasiado tarde, poderão estar relacionados com outros eventos que não a transição (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010).

Inúmeras transições ocorrem durante o curso normal do crescimento e desenvolvimento (Meleis, 2010; Schumacher & Meleis, 2010). As transições desenvolvimentais humanas são processos dinâmicos e complexos que envolvem estádios e crescimento biológico previsíveis, nomeadamente físico e cognitivo, bem como uma maturação psicossocial. Estas transições envolvem também eventos imprevisíveis, que levam a mudanças que influenciam a saúde e bem-estar dos indivíduos (Hattar-Pollara, 2010).

Uma das transições desenvolvimentais mais significativas e que pode ser associada a problemas de saúde psicossocial e biofisiológica é a transição da infância para a adolescência, que tem o potencial de ser associada a problemas dela decorrentes como os problemas da formação da identidade, ou outros, como o abuso de substâncias, as doenças venéreas, ou a gravidez não desejada (Meleis, 2010, 2012; Schumacher & Meleis, 2010). De entre as transições desenvolvimentais está também a adolescência propriamente dita. Em transição, os indivíduos tendem a ser mais vulneráveis aos riscos que poderão afetar a sua saúde. A vulnerabilidade relaciona-se com as experiências de transição, interações e condições ambientais que expõem os indivíduos a potenciais lesões, recuperações extensas ou problemáticas, ou a lutas demoradas ou não saudáveis (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010).

Foram identificados três indicadores que permitem afirmar que uma transição é, ou não, saudável. O primeiro, a sensação subjetiva de bem-estar, inclui um *coping*

---

eficaz, a capacidade de gerir as próprias emoções, um senso de dignidade, integridade pessoal e qualidade de vida. O segundo indicador, o domínio dos novos comportamentos, ou mestria, revela a realização adequada de papéis qualificados bem como conforto com o comportamento necessário na nova situação. A mestria apresenta vários componentes, de entre os quais competência, conhecimentos ou competências cognitivas, tomada de decisão, competências psicomotoras e autoconfiança. Existe ainda outro indicador, o bem-estar nas relações interpessoais. Transições que ocorrem em um ou dois membros da família, devem ser avaliadas em termos familiares, nomeadamente, adaptação e integração familiar, melhoria da valorização e proximidade e, interação significativa. Também a integração e interação em termos sociais e comunitários deve ser valorizada (Schumacher & Meleis, 2010).

No seu processo de cuidar, a enfermagem encontra muitas situações de alteração de papéis, como as transições de saúde/doença, nascimento ou morte. No entanto, esta classe profissional encontra-se numa posição bastante oportuna para aceder às necessidades psicossociais do cliente, durante o período transacional, e providenciar as intervenções necessárias baseando-se nas necessidades individuais e privações criadas pela transição (Meleis, 2010). As transições caem no domínio da enfermagem quando pertencem à saúde ou doença ou quando as respostas a essas transições se manifestam através de comportamentos relacionados com a saúde (Chick & Meleis, 2010). São, geralmente, os primeiros prestadores de cuidados dos clientes e das suas famílias que passam por transições, pois focam-se nas mudanças e necessidades que as transições trazem às rotinas diárias dos indivíduos e suas famílias, e preparam-nos para transições iminentes facilitando o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com a saúde (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010). A enfermagem facilita as transições com vista a um dos seus objetivos, a sensação de bem-estar, tendo para isso de utilizar o seu conhecimento para ajudar o indivíduo a atingir a mestria, um bom nível de funcionamento e conhecimento sobre como canalizar a sua energia. O desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem poderá focar-se na prevenção de transições não saudáveis, promoção de bem-estar percebido e capacidade de lidar com a experiência das transições (Meleis & Trangenstein, 2010).

O conceito de transição é consistente com a filosofia de saúde holística, que é central na prática de enfermagem. Pensar em termos de transição leva a uma continuidade, não apenas através do tempo, mas também através das dimensões da pessoa (Chick & Meleis, 2010). A enfermagem interessa-se em trabalhar as transições biopsicosocioculturais, não apenas para entender, mas para ter o conhecimento da utilidade do que sabe, para utilizar esse conhecimento de forma particular ajudando as pessoas a desenvolver transições saudáveis, indo ao encontro das necessidades da população. Procura maximizar as forças, os ativos e o potencial dos indivíduos, ou contribuir para a recuperação de ótimos níveis de saúde, função, conforto e autorrealização destes (Meleis, 2012).

A enfermagem não lida com as transições individuais, familiares e comunitárias isoladamente do seu ambiente, sendo fundamental para esta disciplina a forma como as pessoas lidam com a transição e, como o ambiente influencia esse envolvimento (Meleis, 2012). As condições sociais também afetam o comportamento dos indivíduos durante a transição (Meleis, 2010). Da mesma forma que o ambiente influencia as transições as alterações que ocorrem durante a mesma, uma transição surtirá um efeito nas pessoas significativas que rodeiam o indivíduo. Estas alterações recíprocas devem também ser antecipadas, exploradas e consideradas nos planos de intervenção (Meleis, 2010).





## 2. ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Adotar comportamentos de promoção da saúde como um componente *estilo de vida* é uma expressão da tendência humana para se atualizar e é dirigido, sobretudo, para o aumento do bem-estar individual, auto-atualização e realização pessoal (Chang, 2010).

O *status* de saúde é influenciado por características individuais e padrões comportamentais (estilos de vida), sendo significativamente determinado pelas circunstâncias sociais, económicas e ambientais individuais e da comunidade onde o indivíduo se insere. Essa relação entre os fatores sociais e a saúde, apesar de fácil de observar é ainda pouco compreendida tornando-se difícil atuar sobre a mesma (Nutbeam, 2000).

A motivação para a promoção de saúde na sua forma mais honesta existe na infância e adolescência, quando a energia, vitalidade e vigor são importantes de atingir, embora a ameaça da cronicidade das doenças pareça distante e remota. Os jovens comprometem-se nos comportamentos saudáveis pelo prazer de o fazer, pela melhoria do aspeto físico e, pelo aumento da sua própria atratividade (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010).

Os indivíduos são a mais importante unidade da educação em saúde. Não sendo o único foco de intervenção, constitui todos os outros, como grupos, organizações, comunidades, famílias, entre outros (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). A promoção de saúde é um processo que capacita os indivíduos, grupos, famílias e comunidades a desenvolver o controlo sobre as determinantes dos seus comportamentos de saúde e, a assumir um papel ativo (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010).

O *Health Belief Model* (Modelos de Crenças em Saúde), criado em 1950, por psicólogos americanos, pretende predizer se os indivíduos usam, ou não, medidas preventivas sugerindo intervenções que aumentem o interesse dos indivíduos mais

resistentes em comprometer-se com comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010). Este modelo engloba o quadro conceptual associado à alteração e manutenção de comportamentos relacionados com a saúde, servindo de suporte para as intervenções cujo objetivo é alterar esses mesmos comportamentos (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008).

A evidência demonstrou que os indivíduos agem se duas condições estiverem presentes: uma ameaça percebida à saúde pessoal (resultante da gravidade do problema e da percepção da suscetibilidade pessoal à mesma) e a convicção de que o benefício de agir para proteger a saúde se sobrepõe às barreiras encontradas nessa ação Pender, Murdaugh, & Parsons (2010). Este modelo pretende prever porque motivo as pessoas realizam ações para prevenir, rastrear ou controlar situações de doença, incluindo conceitos primordiais como a suscetibilidade, a gravidade, os benefícios e as barreiras ao comportamento Glanz, Rimer, & Viswanath (2008). A suscetibilidade percebida reflete um sentimento individual de vulnerabilidade pessoal ou risco para um problema de saúde específico. A percepção da gravidade de determinado problema de saúde poderá ser desenvolvida pelo julgamento do impacto emocional provocado pelo pensamento de ter o problema ou, pelas dificuldades médicas, clínicas e sociais que este provocaria. Os benefícios percebidos são benefícios acerca da efetividade das ações recomendadas na prevenção dessa ameaça para a saúde, e as barreiras percebidas, percepções considerando os aspetos negativos de realizar essas ações, como os custos, perigos, inconveniência, dissabor e tempo exigido (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010).

Segundo Pender, Murdaugh, & Parsons (2010), a intenção pessoal é, segundo a Teoria da Ação Racional, o determinante mais imediato e o melhor preditor de um comportamento humano, influenciada pela atitude (avaliação global das consequências do comportamento como positivas ou negativas) e normas subjetivas (crenças pessoais de aprovação por parte de pessoas significativas e motivação individual para corresponder a essa aprovação). A intervenção de profissionais de saúde deverá ter como objetivo abordar as crenças acerca dos resultados dos comportamentos promotores de saúde e valores relacionados com o resultado da sua ação. Esta intervenção deverá focar-se também na percepção

relacionada com as expectativas normativas de outros e a motivação para corresponder a essas expectativas.

### 2.1. ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA ADOLESCÊNCIA

O estudo dos estilos de vida saudáveis na adolescência tem-se tornado um foco importante na área da investigação (Wang, Ou, Chen, & Duan, 2009), tendo ganho proeminência, na passada década de 80, altura em que, a percepção de que os comportamentos de risco adotados durante a adolescência têm origem comportamental, se tornou mais relevante (Igra & Irwin, 1996).

Comportamentos de risco englobam os comportamentos potencialmente prejudiciais à saúde como o consumo de substâncias, comportamentos sexuais de risco, condução perigosa, comportamentos suicidas e homicidas, distúrbios do comportamento alimentar e delinquência, entre outros, e que detêm o potencial de gerar consequências negativas. Conhecer o construto que envolve os comportamentos de risco permite a utilização mais parcimoniosa de intervenções focadas em grupos de comportamentos e adolescentes, em detrimento de intervenções gerais (Igra & Irwin, 1996).

Os comportamentos adolescentes são fenómenos complexos e multidimensionais, influenciados por fatores importantes (Spear & Kulbok, 2001). Os comportamentos de risco adotam diferentes funções e significados nos vários estádios de desenvolvimento da adolescência e adotam geralmente uma trajetória desenvolvimental, aumentando a sua frequência com a idade, ao longo da adolescência, e, são comportamentos que se direcionam para áreas previsíveis, prevendo-se determinados comportamentos, tendo em conta, os já adotados pelos adolescentes. Para além disso, são comportamentos que partilham antecedentes psicológicos, ambientais e biológicos semelhantes (Igra & Irwin, 1996).

Existem fatores ou ações protetoras que facilitam os resultados positivos, ou que reduzem ou evitam os resultados negativos na presença de fatores de risco, fatores estes que se agrupam em dois domínios: individual (autoestima, autoeficácia, regulação emocional) e ambiental (oportunidades positivas providenciadas pelos

adultos na família, escola e comunidade alargada). Os fatores protetores individuais apresentam-se como mais importantes do que os ambientais na prevenção de comportamentos de risco (Wang, Hsu, Lin, Cheng, & Lee, 2009).

Um estudo visando compreender quais os fatores de risco e os fatores protetores dos comportamentos de risco dos adolescentes, realizado em *Taiwan*, com uma amostra de 878 adolescentes de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos, permitiu concluir que a relação entre a estrutura familiar (famílias monoparentais ou biparentais) e os comportamentos de risco é influenciada pela interação conjunta de outros fatores protetores e de risco. O stresse diário, os comportamentos de risco adotados pela figura materna e, os comportamentos de risco realizados pelos pares explicam de forma significativa os comportamentos de risco nesta faixa etária (Wang, Hsu, Lin, Cheng, & Lee, 2009).

Resultados empíricos sugerem que os comportamentos de risco adotados pelos pares se relacionam e predizem os comportamentos de risco adotados pelos próprios adolescentes, explicando uma variância significativa dos mesmos (Prinstein, Boergers, & Spirito, 2001). Os adolescentes mais novos respondem de forma diferente à pressão dos pares em relação aos adolescentes mais velhos, sendo que a idade, por isso, também determina o comportamento dos mesmos (Spear & Kulbok, 2001).

Os adolescentes identificam-se com os pares fora do grupo familiar, sendo que, as características desenvolvimentais da adolescência levam-nos a ser influenciados nos seus comportamentos pelos comportamentos de risco dos pares. Esta influência parece ser moderada pelas competências de regulação emocional. Os adolescentes enfrentam, usualmente, a pressão da necessidade de se identificarem com os comportamentos de risco dos pares e, adolescentes com uma adequada regulação emocional, poderão lidar com o stresse de forma mais adequada, sendo menos afetados pelos comportamentos de risco dos pares. Também a autoeficácia em saúde se encontra diretamente relacionada com a moderação dos efeitos negativos dos comportamentos de risco dos pares nos seus próprios comportamentos de risco (Wang, Hsu, Lin, Cheng, & Lee, 2009).

Wang, Ou, Chen, & Duan (2009) afirmam ainda que os adolescentes que vivem em casa dos pais, nomeadamente, estudantes do ensino secundário, apresentam maior responsabilidade pela saúde, uma vez que são chamados à atenção pelos pais que lhes recordam da necessidade de determinados comportamentos saudáveis. Após a ida para a universidade, estes jovens, caso optem por estudar fora e viver com colegas da mesma idade, terão mais dificuldade em responsabilizar-se e cumprir determinados comportamentos saudáveis, diminuindo a sua responsabilização. Nesta fase surgem geralmente maiores níveis de *stress* associados à necessidade de tomar decisões de forma independente, de promover o seu crescimento e de estabelecer relações interpessoais saudáveis. Todas estas condicionantes levam a que os jovens, nesta fase, considerem que têm mais dificuldades ou, uma frequência menor de comportamentos saudáveis, no que respeita ao suporte social, apreciar a vida e gestão de *stress*. Um estilo de vida sedentário é um problema sério e comum entre adolescentes a frequentar o ensino superior. Comparando com os indivíduos na idade adulta, a pressão provocada pelo trabalho e exigência de resultados é muito superior nos jovens estudantes do ensino superior, o que leva a que muito do seu tempo e energia sejam despendidos no estudo. Por outro lado, a popularização da *internet* e computadores leva a que existam escolhas de entretenimento que reduzem o interesse no exercício físico. Também os padrões alimentares nos adolescentes, a frequentar o ensino universitário, são particularmente preocupantes. Esta população frequentemente substitui refeições por *fast food* e *snacks*, havendo também alguma propensão a não comer a determinadas refeições, como o pequeno-almoço.

Um estudo realizado por Chen M.-Y. , Wang, Yang, & Liou (2003), autores da AHP *Scale*, realizado com uma amostra de 1128 indivíduos, representativa dos adolescentes tailandeses permitiu concluir que os adolescentes apresentam bons níveis de comportamentos promotores de saúde. A amostra apresentou uma média de 129 pontos e uma mediana de 130, tendo as respostas oscilado de 51 a 176 pontos.

Com vista a examinar a realização de comportamentos promotores de saúde, tendo em conta a realização de exercício físico, Ince & Ebem (2009) realizaram um estudo utilizando uma amostra de 358 adolescentes turcos, de ambos os sexos, que se

encontravam na fase de transição do ensino secundário para a universidade, utilizando a *AHP Scale*. Independentemente da quantidade de exercício praticado pelos jovens, os valores mais baixos foram obtidos na subescala exercício, e os valores mais elevados, obtidos na subescala apreciar a vida. Os adolescentes que praticavam menos exercício físico apresentaram valores mais baixos em todas as subescalas e comportamentos promotores de saúde.

Chen, Wang, & Chang (2006) utilizaram a *AHP Scale* para avaliar a prática de comportamentos saudáveis, relacionando-a com o índice de massa corporal e a percepção de saúde dos jovens. A amostra englobava dois grupos de adolescentes de ambos os sexos, que frequentavam o ensino do 7º ao 11º ano de escolaridade. Um dos grupos, com 258 elementos era constituído por jovens sem excesso de peso, e o segundo grupo era constituído por 301 jovens com excesso de peso. Os autores concluíram que, os adolescentes que revelaram pontuações mais elevadas em todas as subescalas da *AHP Scale*, bem como, no valor total da mesma, classificavam-se como saudáveis ou, com um bom *status* de saúde, utilizando estes adolescentes o seguro de saúde, de forma menos frequente. O grupo de adolescentes com excesso de peso, apresentou uma frequência de comportamentos saudáveis inferior à frequência do grupo de adolescentes sem excesso de peso, em todas as subescalas, exceto na subescala nutrição.

Um estudo realizado na Turquia, utilizando uma amostra de 1351 adolescentes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos, permitiu concluir que existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo e idade no que respeita à frequência de comportamentos saudáveis. As raparigas apresentaram valores mais elevados de comportamentos promotores de saúde (total da *AHP Scale*) que os rapazes. O grupo de adolescentes com idades entre os 11 e 14 anos apresentou também valores mais elevados de comportamentos promotores de saúde (total da *AHP Scale*) que o grupo de adolescentes com idade compreendida entre os 15 e 19 anos (Ortabag, Ozdemir, Bakir, & Tosun, 2011).

Na China, aplicou-se a *AHP Scale* a 407 estudantes universitários, com idade entre os 16 e os 25 anos (média de idade de 21), de ambos os sexos, residentes em áreas rurais e urbanas. A amostra foi dividida em dois grupos de acordo com o número de anos a frequentar o ensino superior, sendo um dos grupos com

estudantes com até 2 anos de frequência e o outro grupo com estudantes com 3 a 5 anos de frequência de ensino superior. Os valores mais elevados foram observados nas subescalas de apreciar a vida, suporte social e gestão de *stress*. Responsabilidade pela saúde e exercício físico foram as subescalas que obtiveram pontuação menor. O sexo feminino apresenta valores mais elevados de comportamento promotores de saúde (total da escala) do que o sexo masculino, sendo estas diferenças estatisticamente significativas, bem como, nas subescalas nutrição, suporte social e gestão de *stress*. Na subescala exercício físico, o sexo masculino apresentou valores mais elevados. Os adolescentes pertencentes ao grupo que frequenta o ensino superior há menos tempo, apresentaram resultados mais favoráveis nas subescalas apreciar a vida e exercício físico, mas resultados mais baixos na subescala nutrição, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Não foi encontrada qualquer relação entre os comportamentos promotores de saúde e a residência no meio urbano ou rural (Wang, Ou, Chen, & Duan, 2009).

Em Portugal, o estudo *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC) 2010 foi o maior e mais recente estudo de comportamentos de saúde e estilos de vida dos adolescentes. Foi recolhida uma amostra estratificada por regiões, compreendendo um total de 5050 adolescentes de ambos os sexos, a frequentar o 6º, 8º e 10º anos de escolaridade e com 11, 13 e 15 anos de idade. Foram avaliados, para além de outros parâmetros os hábitos dos adolescentes relacionados com a alimentação, sono, higiene, imagem corporal, prática de exercício físico, atividade de tempos livres, uso de substâncias, violência, relações de amizade, ambiente familiar, ambiente escolar, bem-estar, comportamentos sexuais e estratégias pessoais e interpessoais (Matos, *et al.*, 2012).

Em relação aos hábitos alimentares, os adolescentes referem na sua maioria tomar o pequeno-almoço todos os dias durante a semana (80,4%) e ao fim de semana (81,6%), sendo que os rapazes referem fazê-lo mais do que as raparigas durante a semana, e os jovens mais novos (6º ano) afirmam também fazê-lo mais do que os mais velhos (os do 10º ano são os que afirmam tomar menos vezes o pequeno-almoço). Em relação ao consumo de frutas e vegetais, 41,6% refere que consome fruta pelo menos uma vez por dia e 50,7% pelo menos uma vez por

semana. 26,8% afirma comer vegetais pelo menos uma vez por dia e 61,4% diz fazê-lo pelo menos uma vez por semana, sendo os rapazes que dizem consumir frutas e legumes pelo menos uma vez por semana, mais do que as raparigas e os mais jovens que mais afirmam consumir legumes e vegetais pelo menos uma vez por dia. Respeitante ao consumo de doces e refrigerantes, 17,5% refere consumir doces e 23,1% afirma beber refrigerantes pelo menos uma vez por dia, enquanto 66,6% afirma comer doces e 52,8% diz beber refrigerantes pelo menos uma vez por semana. São os rapazes que referem, mais frequentemente, beber refrigerantes, pelo menos uma vez, por semana. Aqui são os jovens mais velhos que afirmam consumir mais doces e refrigerantes (Matos, *et al.*, 2012).

Mais de metade dos jovens portugueses inquiridos (67,4%) refere que lavam os dentes mais do que uma vez por dia, 28,4% afirma lavar os dentes pelo menos uma vez por dia, 3,1% pelo menos uma vez por semana e 1,2% diz que nunca lava os dentes. As raparigas e os jovens mais velhos são os que mais referem lavar os dentes mais do que uma vez por dia. Em relação às horas de sono, 38,6% refere que dorme menos de 8 horas por dia durante a semana, baixando este valor para 21,3% no fim de semana. 26,0% afirma dormir mais de 8 horas diárias durante a semana, valor que aumenta para 66,6%, no fim de semana. Os rapazes referem que, ao fim de semana, dormem menos de 8 horas, enquanto as raparigas afirmam dormir mais de 8 horas com maior frequência do que o sexo oposto. Os mais jovens afirmam com maior frequência dormir mais de 8 horas durante a semana e fim de semana, enquanto os mais velhos referem mais dormir menos de 8 horas durante a semana e mais de 8 horas durante o fim de semana (Matos, *et al.*, 2012).

Calculado o índice de massa corporal (IMC), 66,7% dos adolescentes inquiridos apresentava um IMC normal, 14,8% apresentava um IMC abaixo do normal (magreza) e 15,0% acima do normal (excesso de peso), sendo que 3,4% eram já considerados obesos. O excesso de peso aumentou ligeira mas significativamente desde 2006. Os rapazes apresentavam maior índice de excesso de peso do que as raparigas, e os adolescentes mais velhos apresentavam com maior frequência um IMC normal em relação aos mais novos. As raparigas utilizam mais estratégias saudáveis para controlar o peso do que os rapazes, sendo os adolescentes de idade intermédias (8º ano de escolaridade) que mais utilizam estratégias de



controle do peso, saudáveis e não saudáveis. 46,9% dos jovens considera ter um aspeto normal e 45,5% diz ter um aspeto bom ou muito bom, sendo os rapazes e os jovens de menor idade os que mais consideram ter um aspeto bom ou muito bom. 49,1% considera ter um corpo ideal, e mais uma vez, os rapazes e os adolescentes mais jovens afirmam-no com mais frequência. Já os adolescentes mais velhos são os que se consideram mais gordos. 78,6% afirma não estar a fazer dieta, embora 22,6% desses digam que deveriam perder peso. As raparigas e os jovens mais velhos são os que mais frequentemente referem estar a fazer dieta. Os rapazes apresentam uma perceção mais positiva da sua imagem corporal quando comparados com as raparigas (Matos, *et al.*, 2012).

No mesmo estudo foi questionada a prática de atividade física dos adolescentes. A maioria (48,2%) afirma praticar atividade física três ou mais vezes por semana, e 13,3% refere fazê-lo diariamente, valor que se mantém estacionário desde 2002, sendo os rapazes os adolescentes mais jovens os que mais praticam exercício físico. Em relação à prática de exercício físico fora do horário escolar, 27,1% afirma fazê-lo cerca de uma hora por semana, sendo os rapazes e os adolescentes mais velhos que praticam mais horas por semana em comparação com as raparigas e com os jovens mais novos. Os padrões de exercício físico têm-se mantido desde 2002, excetuando em 2006, em que os jovens referiram realizar mais atividade física de uma forma geral (Matos, *et al.*, 2012).

Analisando as relações familiares e de pares, 78,0% considera ter facilidade em conversar com a mãe e apenas 55,0% com o pai, enquanto 37,5% refere ter dificuldade em falar com o pai e 19% com a mãe. Os rapazes afirmam ser fácil falar com o pai, enquanto as raparigas dizem ter dificuldades em dialogar com este. Os jovens mais novos são os que têm menos dificuldade em falar com ambos os pais. Os rapazes e os adolescentes mais novos são os que afirmam ter uma melhor relação com a família. Respeitante às relações entre pares, 97,0% considera ter dois ou mais amigos. 79,1% tem facilidade em falar com amigos do mesmo género e 56,7% com amigos do sexo oposto, sendo as raparigas que mais afirmam ter facilidade em falar com outras raparigas, mas dificuldade em falar com os rapazes sobre temas que as preocupam. Os adolescentes mais velhos são os que falam

com mais facilidade sobre o que os preocupa com os amigos de ambos os sexos (Matos, *et al.*, 2012).

Questionados sobre a percepção que têm acerca da sua saúde, a maioria afirma que esta é boa (53,2%), 33,9% afirma que é excelente, sendo os rapazes e os jovens mais novos os que o afirmam mais. Os adolescentes portugueses estão bastante satisfeitos com a vida (7,45 numa escala de 0 a 10), sendo os rapazes e os adolescentes mais jovens os que estão mais satisfeitos. 84,2% diz sentir-se feliz, à semelhança dos resultados em 2006, e mais uma vez, os que mais o afirmam são os rapazes e os jovens mais novos (Matos, *et al.*, 2012).

## 2.2. IMPORTÂNCIA DA LITERACIA EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Apesar da relação causal entre uma limitada literacia em saúde e comportamentos promotores de saúde não ter ainda sido estabelecida, permanecendo oculta (Committee on Health Literacy, 2004; Nutbeam, 2008), os resultados de investigação, cumulativos e consistentes, permitem afirmar que o desenvolvimento da literacia em saúde é promotor da saúde pública e individual (Borzekowski, 2009; Committee on Health Literacy, 2004). Nutbeam (2009) refere ainda que os níveis de literacia em saúde têm sido, direta e indiretamente, associados aos resultados em saúde das populações. Resultados obtidos em muitos países desenvolvidos, permitiram concluir que existe uma relação entre níveis de literacia baixos e a fraca e desadequada utilização da informação sobre saúde e serviços disponíveis (Nutbeam, 2008). Investigação realizada tem permitido concluir que competências de leitura ou numeracia reduzidas, diminuem o acesso a informação sobre saúde e serviços preventivos, bem como, a compreensão do significado de doença, tratamento e fármacos, aumentando resultados em saúde como a hospitalização ou reduzindo a capacidade de autogestão do processo de saúde-doença (Committee on Health Literacy, 2004). A literacia em saúde é um dos vários fatores que leva à aquisição de novos conhecimentos, atitudes positivas, autoeficácia melhorada, comportamentos de saúde positivos e melhores resultados em saúde (Baker, 2006). O acesso a educação e informação, como forma de promoção da

---

literacia em saúde, é essencial para conseguir indivíduos participativos, capacitando-os, bem como, às comunidades (Nutbeam, 1998).

Cada vez mais a evidência tem mostrado que a capacidade individual para obter, processar e compreender informação básica sobre saúde e serviços de saúde são essenciais para tomar decisões apropriadas no campo da saúde, bem como, no campo das suas determinantes pessoais, sociais e ambientais (Chang, 2010; Dominick, Dunsiger, Pekmezi, & Marcus, 2013; Nutbeam, 2008, 2009). A literacia em saúde é tão importante no campo clínico e de tratamento quanto no campo da saúde pública e comunitária, pois há que ter em conta que a grande maioria das decisões relacionadas com a saúde são realizadas no ambiente familiar e comunitário, no dia-a-dia, através de escolhas comportamentais e estilos de vida (Centers for Disease Control and Prevention, 2009). Por isto, será necessário um aumento do número de estudos que permitam compreender as consequências de uma limitada literacia em saúde no campo da saúde pública, dado que, a grande maioria dos estudos realizados na área se focam na área clínica e nos resultados em saúde (Rudd, Kirsch, & Yamamoto, 2004).

Vários fatores relacionados com a literacia em saúde afetam a saúde e as estratégias promotoras de saúde, nomeadamente, as competências de literacia em saúde dos utentes, mas também, a complexidade da informação em saúde (que é cada vez maior), bem como, o aumento e barreiras para aceder a cuidados de saúde e intervenções de prevenção em saúde (Sanders, Shaw, Guez, Baur, & Rudd, 2009). Os efeitos de uma literacia pobre podem ser mitigados, através da promoção de uma boa comunicação em saúde e aumento da sensibilidade dos profissionais de saúde para o potencial impacto destes baixos níveis, nos indivíduos e populações. Estas respostas providenciarão uma comunicação adequada entre técnicos e utentes, bem como, melhorar o acesso dos utentes aos serviços de saúde (Nutbeam, 2008).

Os comportamentos de saúde dos adolescentes estão fortemente associados às suas competências em literacia (Sanders, Federico, Klass, Abrams, & Dreyer, 2009). Níveis elevados de literacia em saúde estão positivamente associados a uma auto-perceção mais positiva do *status* de saúde. Isto porque adolescentes com níveis de literacia em saúde mais elevados, são mais capazes para procurar

ativamente informações sobre saúde, bem como tomar decisões e agir de forma a resolver os seus problemas relacionados com a saúde, caso sintam que esta está a piorar. Adolescentes com níveis mais elevados de literacia em saúde, apresentam comportamentos alimentares e nutricionais mais saudáveis, bem como, relações interpessoais mais saudáveis entre pares (Chang, 2010).

Alguns estudos analisados numa revisão sistemática da literatura realizada por Sanders, Federico, Klass, Abrams, & Dreyer (2009) permitiram concluir que, jovens com competências de literacia baixas, nomeadamente leitura, exibem maior risco de apresentar comportamentos agressivos, violentos e antissociais, bem como, maior risco de abuso de substâncias ou de contração de doenças sexualmente transmissíveis, por práticas sexuais inseguras.

Através de um estudo com o objetivo de conhecer os níveis de literacia em saúde e relacioná-los com os comportamentos e atitudes promotoras de saúde nos jovens, realizado na China, com uma amostra de 8008 adolescentes a frequentar escolas primárias e secundárias do país, foi possível perceber que existe uma correlação positiva entre os conhecimentos em saúde e as práticas e atitudes promotoras de saúde (Yu, Yang, Wang, & Zhang, 2012).

Com o objetivo de compreender a associação entre literacia para a saúde, *status* de saúde e comportamentos promotores de saúde, Chang (2010) realizou um estudo na Tailândia, utilizando uma amostra de 1601 adolescentes estudantes do ensino secundário, de ambos os sexos, com uma idade média de 17 anos ( $\sigma=1,02$ ). Os rapazes apresentaram níveis mais baixos de literacia em saúde. Adolescentes com níveis de literacia em saúde inferiores reportaram níveis mais baixos de *status* de saúde. Também os comportamentos promotores de saúde parecem diminuir em adolescentes que apresentam níveis mais baixos de literacia em saúde, demonstrando-se que a literacia em saúde é um preditor independente dos comportamentos promotores de saúde (total da escala), bem como dos comportamentos promotores de nutrição e relações interpessoais (subescalas). Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre os níveis de literacia em saúde e os comportamentos promotores de saúde nas subescalas exercício físico, gestão de *stresse*, responsabilidade na saúde e auto-atualização de comportamentos promotores de saúde.

---

O'Haver, Scalacha, Kelly, Jacobson, & Melnyk (2011) realizaram um estudo com 404 adolescentes dos 13 aos 18 anos de idade, de ambos os sexos, a frequentarem o ensino secundário no Arizona nos Estados Unidos da América (EUA), com o objetivo de perceber se o peso, sexo e etnicidade influenciam a percepção do peso, a nutrição e o conhecimento sobre exercício físico e estilos de vida saudáveis. Foi percebido que o conhecimento está significativamente relacionado de forma positiva com as escolhas e atitudes de um estilo de vida saudável. Não foram encontradas diferenças significativas entre sexos, sendo que as raparigas apresentam maior nível de conhecimentos acerca de nutrição, bem como um nível mais elevado de atitudes e escolhas para um estilo de vida saudável. Adolescentes que acreditam que conseguem ter um estilo de vida saudável, apresentam maior nível de conhecimentos sobre nutrição e exercício físico, são mais capazes de ter estilos de vida com escolhas saudáveis, e apresentam uma menor percepção de que os estilos de vida saudáveis são difíceis de atingir.

Pretendendo-se compreender a relação entre conhecimento sobre saúde sexual, autoconceito sexual, crenças normativas e intenção de comportamento sexual, Pai & Lee (2012) realizaram um estudo, utilizando uma amostra de 379 adolescentes do sexo feminino, com idades entre os 12 e 15 anos de idade, a frequentar o 7º a 9º anos de escolaridade em *Taiwan*. Foi possível perceber que o conhecimento sobre saúde sexual e o autoconceito sexual apresentam um efeito direto significativo na intenção de comportamento sexual, ao contrário das crenças normativas que não têm qualquer efeito nessa intenção de comportamento. Confirmou-se ainda a relação entre os quatro conceitos referidos. Adolescentes com níveis de conhecimento mais baixos acerca de saúde sexual, e maior aprovação percebida por parte da família e dos pares, apresentam maior intenção de comportamentos sexuais não seguros, como relações sexuais desprotegidas. Reduzir ou clarificar o autoconceito sexual das jovens que apresentem níveis elevados do mesmo, poderá ajudar no aumento de intenção de comportamentos sexuais saudáveis. Também o conhecimento sobre saúde sexual apresenta um impacto na intenção de comportamentos sexuais, pelo que promover o aumento do mesmo pode levar a um aumento de intenção de comportamentos sexuais saudáveis.

A associação entre literacia em saúde e resultados em saúde, nos indivíduos da idade adulta, permite perceber a relação entre estes dois fatores na adolescência que, apesar de bem documentada, não está ainda totalmente compreendida pois a literacia parece ser um forte preditor de saúde e educação (Chang, 2010). Cyrus (2011) realizou uma análise da literacia em saúde, conhecimentos acerca de doenças sexualmente transmissíveis e comportamentos sexuais protetores, utilizando uma amostra de 200 mulheres, com idade superior a 18 anos, em Nova Iorque, tendo concluído que os níveis de literacia em saúde, bem como, de conhecimentos influenciam os comportamentos sexuais, potenciando comportamento mais saudáveis.

### 2.3. PAPEL DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

A OMS define, com base na Carta de *Ottawa*, promoção de saúde como “*the process of enabling people to increase control over, and to improve their health.*” (Nutbeam, 1998, p. 1). A promoção de saúde engloba não apenas ações dirigidas ao desenvolvimento de competências e capacidades individuais, mas também ações direcionadas para a alteração das condições social, ambiental e económica de forma a aliviar o seu impacto na saúde pública e individual. Trata-se de um processo que promove o controlo sobre as determinantes da saúde, melhorando-a (Nutbeam, 1998). Promoção de saúde e prevenção de doença são essenciais para reduzir a necessidade de cuidados de saúde aos jovens (Lee, 2009), sendo que, diretivas internacionais ressaltam a importância do papel da enfermagem para a promoção de saúde e de comportamentos promotores de saúde (Ortabag, Ozdemir, Bakir, & Tosun, 2011). A promoção de saúde envolve um comportamento motivado pelo desejo de incrementar o bem-estar e atualizar o potencial humano de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010).

A enfermagem é uma ciência humana com foco na promoção da saúde mental e física e no bem-estar das populações. Uma compreensão de como os fatores de risco e protetores influenciam o comportamento de risco dos adolescentes permite

a estes profissionais uma intervenção apropriada para a redução dos mesmos (Wang, Hsu, Lin, Cheng, & Lee, 2009).

Devido à sua experiência biopsicossocial e contacto contínuo com os clientes, a enfermagem tem a oportunidade única de providenciar uma liderança global dos profissionais de saúde na promoção de saúde da comunidade. Deveriam liderar o desenvolvimento de programas de educação em saúde interativa, intervenções comportamentais e programas de promoção de saúde na comunidade, bem como, servir de modelos nos estilos de vida promotores de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010).

A enfermagem, sobretudo a enfermagem escolar e comunitária, apresenta competências adequadas para promover a saúde da população, acedendo aos estilos de vida dos jovens e intervindo com vista a facilitar os comportamentos adequados e diminuir os comportamentos desadequados (Chen, Wang, Yang, & Liou, 2003). Considerada uma ciência e uma disciplina profissional, a enfermagem possui um conjunto de conceitos e teorias que integram o seu corpo de conhecimentos. Um desses conceitos é o de promoção da saúde, que incorporado na sua prática de cuidados, e que exige comprovação teórica que sustente a sua prática (Lopes, Saraiva, Fernandes, & Ximenes, 2010).

A educação tem sido um componente essencial de promoção de saúde e prevenção da doença (Nutbeam, 2000). A adoção de estilos de vida e atitudes saudáveis é promovida pela transformação de crenças erradas em crenças corretas, sendo esta a lógica por detrás da educação em saúde, dado que as crenças são variáveis preditivas do comportamento. Mas, para além dos conhecimentos que devem existir, a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis requer a aprendizagem e desenvolvimento de competências emocionais, cognitivas e comportamentais que permitam utilizar os conhecimentos técnicos e teóricos nos diversos contextos reais (Santos, 2010). Com o tempo, ficou claro de que intervenções baseadas, unicamente, na transmissão de conhecimentos não permitem atingir resultados evidentes nos comportamentos em saúde dos indivíduos, dado que não têm em conta as circunstâncias sociais e económicas individuais de cada um. Desta forma, a promoção de conhecimentos, compreensão e capacidade de agir não deve ser realizada apenas tendo em conta

a alteração de estilos de vida saudáveis ou a utilização de serviços de saúde. A educação em saúde deve estimular a consciência das determinantes sociais, económicas e ambientais da saúde, e ser dirigida para a promoção de ações individuais e coletivas que levem à modificação dessas determinantes (Nutbeam, 2000).

Os programas criados para prevenir estilos de vida não saudáveis e comportamentos de risco são mais efetivos quando iniciados na adolescência (Chen, Wang, Yang, & Liou, 2003). Uma cultura positiva para saúde poderá facilitar níveis mais elevados de literacia em saúde, ajudando os jovens a lidar com os determinantes de saúde, permitindo o desenvolvimento de competências cognitivas e sociais necessárias para manter bons níveis de saúde (Lee, 2009). Um programa de promoção de saúde típico poderá incluir intervenções com o objetivo de incidir em três resultados fundamentais: aumento dos conhecimentos, alteração das atitudes e motivação para alterar comportamentos e promoção da autoeficácia na definição e execução de tarefas (Nutbeam, 2000).

Fatores como a idade, género, etnicidade, estrutura familiar, *status* socioeconómico, estadio desenvolvimental, devem ser tomados em consideração na implementação de estratégias de intervenção que visem a alteração de comportamentos na adolescência. Deve haver um foco nos aspetos desenvolvimentais e psicossociais, dado que os seus comportamentos são influenciados por aspetos relacionados com o seu desenvolvimento (idade, género e desenvolvimento de competências) e interação social, como a pressão e relacionamento com os pares (Spear & Kulbok, 2001).

Uma intervenção realizada na Austrália, tendo como base o envio de mensagens de texto por telefone e *e-mails* a adolescentes e jovens adultos (idades entre 16 e 29 anos), de ambos os sexos, com mensagens relacionadas com a saúde sexual e, tendo como objetivo a promoção da literacia em saúde dos jovens, bem como, a diminuição dos comportamentos de risco, demonstrou que este método de intervenção surtiu um efeito significativo nos comportamentos de vigilância de saúde nos participantes do sexo feminino, nos conhecimentos acerca de saúde sexual dos participantes, não tendo, contudo, surtido efeito nalguns comportamentos, como o uso de preservativo (Lim, *et al.*, 2012).



### **2.3.1. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender**

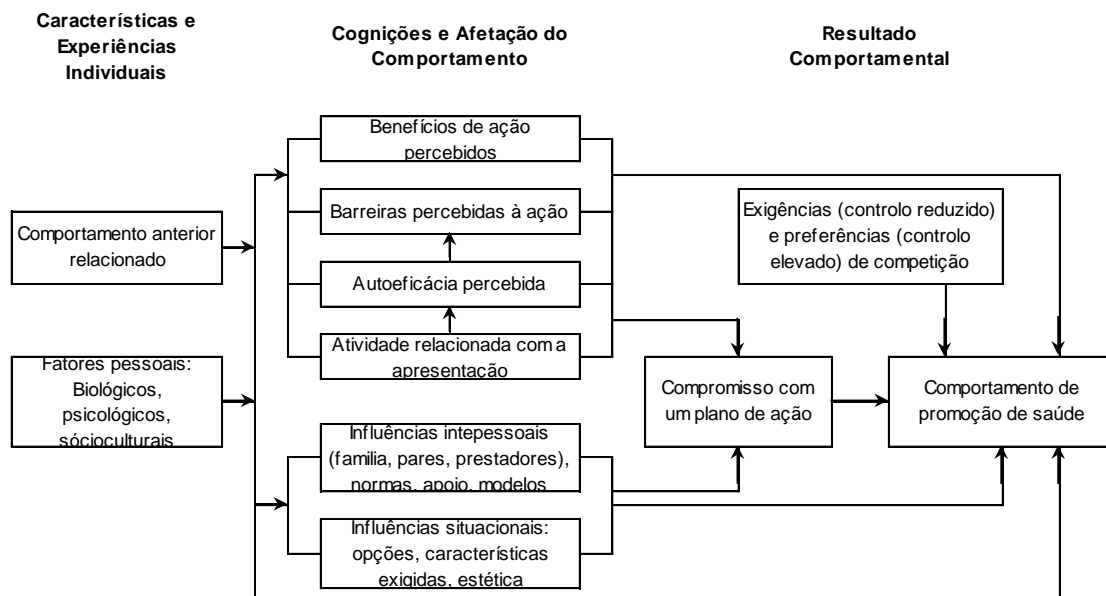
A teoria de médio alcance de Nola Pender vai beber da perspectiva de enfermagem holística, psicologia social e teorias de aprendizagem, como a Teoria da Aprendizagem Social, de Bandura, integrando diversos construtos (Tomey & Alligood, 2004). Este modelo recebe, da Teoria de Bandura, a ideia de que pensamentos, comportamentos e ambiente interagem entre si e, como tal, para que os indivíduos alterem a forma como se comportam devem alterar primeiro a forma como pensam. Para além disso, tem, também, como base a Teoria do Valor da Expetativa, ou seja, os indivíduos comprometem-se com ações para atingir objetivos que percebem como alcançáveis e que resultam em resultados de valor (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010).

O Modelo de Promoção de Saúde de Pender identifica fatores precedentes que influenciam os comportamentos de saúde, sendo o foco central do modelo em oito crenças que podem ser avaliadas pela enfermagem, e que constituem pontos críticos de atuação para a intervenção da mesma. Através deste modelo, e trabalhando colaborativamente com o utente, é possível assisti-lo na alteração de comportamentos para atingir estilos de vida saudáveis. Pretende, desta forma, auxiliar a enfermagem na compreensão das maiores determinantes dos comportamentos de saúde como base para um aconselhamento em comportamentos para promoção de estilos de vida saudáveis. Não se limita a explicar o comportamento de prevenção da doença, não incluindo o medo ou ameaça como fonte de motivação, mas antes o comportamento para melhorar a saúde, o que permite uma aplicação potencial a todo o ciclo vital (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010).

Este modelo centra-se atualmente em 10 categorias de determinantes de comportamentos de promoção de saúde, tal como se observa na Figura 2. Os comportamentos anteriores relacionados, de forma igual ou semelhante ao comportamento de saúde em causa, mas, no passado, bem como os fatores pessoais, ou seja, características individuais herdadas e adquiridas que influenciam os comportamentos de saúde, como a idade, a estrutura da personalidade, a raça, a etnia e o estatuto socioeconómico, têm impacto nas crenças, na afetação e na

regulamentação do comportamento de promoção de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010).

Figura 2 - Modelo de Promoção de Saúde Revisto



Fonte: Pender, Parsons, & Murdaugh (1996) citado por Tomey & Alligood (2004, p. 703)

A atividade relacionada com a apresentação corresponde a estados sentimentais subjetivos ou emoções que ocorrem antes, durante e após um comportamento relacionado com a saúde específico, e que influencia a autoeficácia, ou seja, o julgamento da capacidade pessoal de organizar e executar esse mesmo comportamento com sucesso. Esta autoeficácia para executar determinado comportamento aumenta a probabilidade do compromisso com a ação e com o desempenho real desse mesmo comportamento, sendo que uma maior autoeficácia resulta em menos barreiras percebidas ao comportamento específico de saúde. A apresentação positiva para um comportamento origina uma maior autoeficácia percebida, aumentando, juntamente com as emoções positivas, a probabilidade de compromisso e ação. As barreiras percebidas à ação (percepção dos obstáculos e custos pessoais associados à realização de um comportamento) e os benefícios percebidos (percepção das consequências positivas e de reforço por se ter determinado comportamento) são também cognições que levam ao compromisso com um plano de ação e à realização de comportamentos de saúde. Ou seja, as pessoas comprometem-se a realizar comportamentos dos quais antecipam benefícios que valorizam, e as barreiras percebidas poderão inibir o

---

compromisso com a ação, o mediador entre o comportamento e o comportamento real (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010).

Segundo o mesmo autor, existem ainda influências interpessoais (percepção acerca dos comportamentos, crenças e atitudes dos outros) e situacionais no ambiente externo (percepção da compatibilidade de um ambiente ou contexto vivencial) relevantes na definição do compromisso ou participação em comportamentos de promoção de saúde. As pessoas estão mais propensas ao compromisso com comportamentos promotores de saúde quando modelos significativos apresentam esse comportamento, esperam que ele ocorra e providenciam assistência e suporte para permitir a sua ação. Família, pares e profissionais de saúde são fontes importantes de influência interpessoal que podem alterar o compromisso e a adoção de comportamentos promotores de saúde. Estas cognições e afetação do comportamento reflete-se no compromisso com um plano de ação específico (intenção de levar a cabo um comportamento particular de saúde, incluindo a identificação de estratégias específicas para o fazer com sucesso), que quanto maior, maior a probabilidade de se manterem comportamentos promotores de saúde ao longo do tempo, que não são mais do que comportamentos desejados ou resultados de tomadas de decisão em saúde e preparação para a ação. Estes comportamentos sofrem ainda efeito das exigências e preferências de competição (comportamentos alternativos que invadem a consciência como possíveis planos de ação imediatamente antes da ocorrência do comportamento de saúde planeado). É menos provável que o compromisso com um plano de ação resulte no comportamento desejado quando as exigências de competição sobre as quais as pessoas têm pouco controlo requerem atenção imediata, ou quando outras ações são mais atraentes e, deste modo, preferidas em detrimento do comportamento promotor de saúde. As pessoas podem alterar as cognições, afetos e as influências interpessoais e situacionais de forma a criar incentivos aos comportamentos de saúde, sendo desta forma enfatizado o papel ativo do doente na gestão dos seus próprios comportamentos.

Vários pressupostos servem de base ao Modelo de Promoção de Saúde, refletindo a perspectiva de enfermagem e das ciências do comportamento. As pessoas procuram a criação de condições de vida através das quais possam expressar o

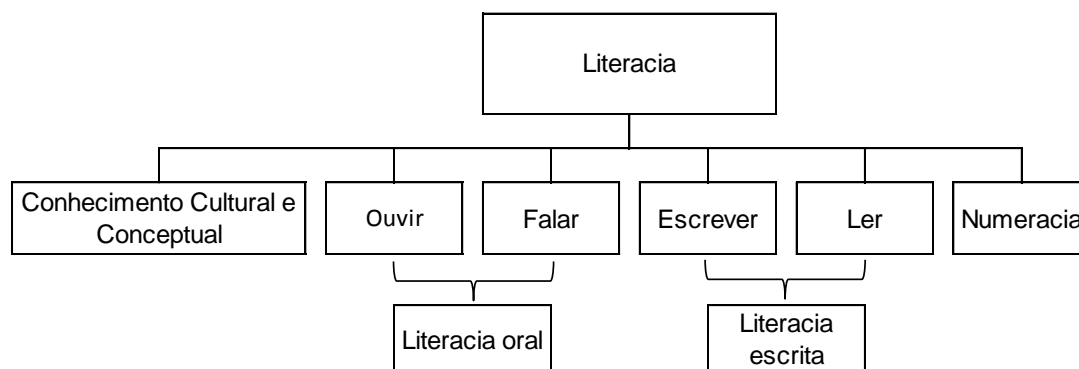
seu potencial único para a saúde humana. Para além disso, têm capacidade de autoconsciência reflexiva, incluindo a avaliação das suas próprias competências. Valorizam o seu próprio crescimento em direções tidas como positivas, procurando alcançar um equilíbrio pessoal entre mudanças e estabilidade, e procuram periodicamente regular o seu próprio comportamento. Os indivíduos, com toda a sua complexidade biopsicossocial, interagem com o ambiente, transformando-o e sendo transformados por ele ao longo do tempo, sendo que os profissionais de saúde constituem uma parte do ambiente interpessoal, que exerce influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital. Para além de tudo isto, a reconfiguração auto-iniciada dos padrões interativos ambiente-pessoa é essencial à mudança de comportamentos (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010).

O Modelo de Promoção de Saúde funciona como enquadramento para a investigação dirigida para a predição de estilos de vida globais de promoção de saúde e comportamentos específicos (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010). A *AHP Scale* foi elaborada tendo em conta este Modelo (Chen, Wang, Yang, & Liou, 2003).

### 3. LITERACIA

Literacia é definida como um conjunto de competências de leitura, escrita, cálculo matemático simples, oralidade e compreensão oral (Kirsch, 2001). As competências de oralidade e compreensão oral são termos de literacia oral, enquanto escrever e ler se enquadram na literacia escrita (Figura 3). O conceito de literacia deve ser visto tendo em conta estas componentes, enquadradas em determinado conhecimento conceptual e cultural (Committee on Health Literacy, 2004). Esta conceptualização da literacia em saúde como um conjunto de competências parte do pressuposto de que a literacia em saúde se baseia no conhecimento, podendo ser desenvolvida através de intervenções de educação. Enfatiza ainda que a literacia em saúde é um conceito que depende do contexto específico e do assunto em causa (Nutbeam, 2008, 2009), sendo influenciado pelas interações nos cuidados de saúde e organização e funcionamento das estruturas de saúde e de prestação de cuidados (Nutbeam, 2008).

Figura 3 - Componentes da Literacia



Fonte: Adaptado de Committee on Health Literacy (2004)

A literacia em saúde pode ser categorizada em três níveis que refletem, de forma progressiva, o aumento de autonomia e capacitação pessoal na tomada de decisão, bem como, o engajamento num largo espectro de atividades que vão de comportamentos individuais a ações sociais (Nutbeam, 2000, 2008, 2009; Santos, 2010). A progressão entre os vários níveis, depende não apenas do desenvolvimento cognitivo, mas também da exposição a diferentes formas de

comunicação e informação e da educação em saúde, formas de comunicação essas influenciadas por variáveis pessoais, mediadas por competências pessoais e sociais e autoeficácia (Nutbeam, 2000, 2008, 2009).

As competências utilizadas para funcionar de forma adequada em situações frequentes do dia-a-dia são incluídas no nível de literacia funcional ou básica. Apesar de existir um grande número de definições de literacia funcional, a maioria foca-se na capacidade de ler textos básicos e escrever frases simples no dia-a-dia (Nutbeam, 2000, 2008; Santos, 2010; Schmidt, *et al.*, 2010). A literacia funcional é importante pois é através destas competências que se consegue participar ativamente na sociedade a nível social e económico, permitindo também exercer um grande controlo nos eventos diários (Nutbeam, 2008). Este nível de literacia varia consoante os contextos e situações, pois um indivíduo poderá ter competência adequada para ler num contexto e a mesma não ser suficientemente adequada noutro contexto (Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995).

Competências cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com competências sociais, poderão ser utilizadas para participar ativamente nas atividades diárias e aplicar informação nova recolhida de forma a conseguir alterar circunstâncias, são incluídas no segundo nível, a literacia interativa ou comunicativa (Nutbeam, 2000, 2008; Santos, 2010; Schmidt, *et al.*, 2010).

A literacia crítica engloba já competências cognitivas avançadas que associadas da mesma forma a competências sociais, poderão ser aplicadas para uma análise crítica da informação, e utilização e gestão dessa informação para exercer uma grande controlo sobre eventos e situações que ocorram no dia-a-dia e em situações específicas que impliquem decisão comportamental ou resolução de problemas (Nutbeam, 2000, 2008; Santos, 2010; Schmidt, *et al.*, 2010).

Competências de literacia pobres ou insuficientes são bastante comuns nos países desenvolvidos (Nutbeam, 2008). Os resultados do *National Adult Literature Survey* e do *International Adult Literacy Survey* revelam que uma grande percentagem de adultos não tem as competências de literacia mínimas necessárias para ir ao encontro das exigências da sociedade do século XXI. Considerando apenas os Estados Unidos da América (EUA), mais de 47% (90 milhões) da população adulta

---

apresenta dificuldades em encontrar, avaliar e integrar a informação de textos escritos com precisão e consistência (Committee on Health Literacy, 2004).

Uma das áreas em que ter uma adequada literacia se mostra fundamental é na saúde. Ter ou não níveis adequados de literacia, apresentando competências para processar e compreender a informação de saúde, conseguindo tomar decisões adequadas com a mesma, pode ditar a diferença, por exemplo, entre tomar doses terapêuticas ou tóxicas de fármacos, ou seguir, ou não, as indicações de técnicos de saúde (Bodie & Dutta, 2008).

### 3.1. LITERACIA EM SAÚDE

Os consumidores de cuidados de saúde enfrentam inúmeros desafios na procura de informação sobre saúde, incluindo a complexidade dos serviços de saúde, o desenvolvimento de doenças crónicas, a necessidade de assumir um papel de parceiro na prestação de cuidados e a proliferação de informação disponível a partir de muitas e variadas fontes de informação (Committee on Health Literacy, 2004). Mais competências de literacia em saúde são necessárias à medida que o envolvimento do utente no processo de tomada de decisão clínica, bem como, a necessidade de negociação das suas preferências se torna maior, pois, só assim, poderá existir uma compreensão e processamento da informação sobre saúde que se revela muitas vezes complexa (Santos, 2010).

Cada vez mais é exigido às pessoas que assumam novos papéis na tomada de decisão acerca dos cuidados de saúde a si próprio (Committee on Health Literacy, 2004; Ishikawa & Kiuchi, 2010; Steckelberg, Hülfenhaus, Kasper, & Mühlhauser, 2009), bem como na procura de informação, compreensão e defesa de direitos e responsabilidades, tomada de decisões em saúde em relação a si e a outros, compreensão de responsabilidades, manutenção e avaliação da sua própria saúde e da comunidade onde está inserido, partindo-se do pressuposto de que, todos têm determinado nível de conhecimentos e competências. Muitas vezes, os profissionais e educadores de saúde assumem que a população possui uma capacidade individual para compreender a informação sobre saúde. A investigação tem demonstrado que a informação em saúde não consegue ser compreendida

pela maioria das pessoas a quem se destina, sugerindo que o nível de literacia em saúde da população alvo é muitas vezes diferente do que os educadores em saúde assumem. Muitas pessoas que lidam de forma efetiva com outros aspetos das suas vidas diariamente, poderão achar a informação em saúde difícil de encontrar, compreender ou utilizar (Committee on Health Literacy, 2004). Apresentar níveis elevados de literacia geral poderá não corresponder à capacidade de aplicar o seu conhecimento e competências em situações que requeiram conhecimento específico ou em contextos pouco familiares, como acontece muitas vezes com situações relacionadas com a saúde (Nutbeam, 2009). Subjacente às complexas exigências e desafios estão, muitas das vezes associados níveis inadequados de conhecimentos sobre saúde, bem como competências para utilizar e aplicar uma ampla gama de informação em saúde (Committee on Health Literacy, 2004). Literacia em saúde não é mais do que a capacidade para realizar tarefas baseadas em conhecimento e em competências de literacia, em diferentes contextos de saúde (Nutbeam, 2009).

Selden, Zorn, Ratzan, & Parker (2000, p. VI) definiram um dos conceitos mais difundidos e aceite internacionalmente para literacia em saúde: "*the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.*" Desta forma, literacia em saúde é comumente referida como o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações básicas sobre saúde e serviços necessários para tomar decisões apropriadas de saúde (Baker, 2006; Selden, Zorn, Ratzan, & Parker, 2000). Esta definição relaciona a literacia em saúde com prevenção de doença e promoção de saúde, desligando-se dos contextos de tratamento (Ishikawa & Kiuchi, 2010).

Borzekowski (2009), por sua vez, define literacia em saúde como a habilidade individual para receber, compreender, integrar e agir sobre as mensagens saúde que o indivíduo recebe, requerendo a compreensão de mensagens diversas e a sua utilização de forma apropriada.

Literacia em saúde vai para além da obtenção individual de informação, emergindo quando as expectativas, preferências e competências individuais de procura de informação em saúde e serviços se encontram com as expectativas, preferências e



---

competências dos profissionais de saúde que providenciam informação e serviços de saúde (Committee on Health Literacy, 2004).

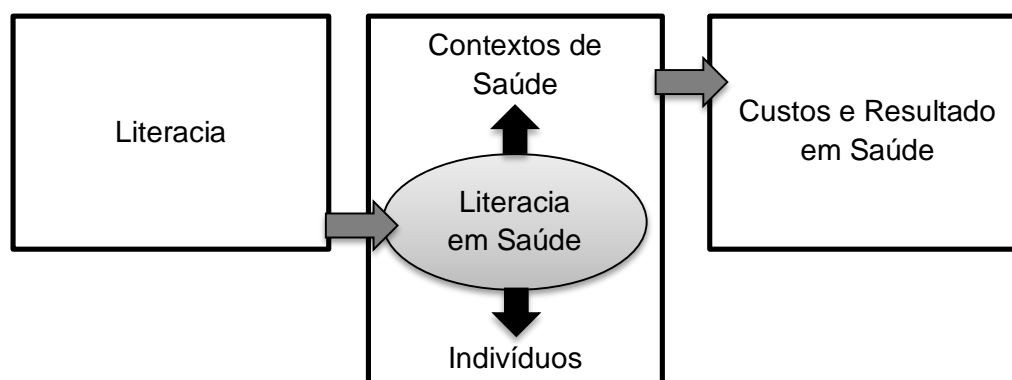
A OMS refere que a literacia em saúde “*represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health*” (Nutbeam, 1998, p. 10). Este conceito implica atingir um nível de conhecimento, competências pessoais e confiança para agir que permita melhorar a saúde comunitária e individual através da alteração de estilos de vida e condições de vida. Ter literacia em saúde significa mais do que conseguir ler panfletos e escrever apontamentos. Promovendo o acesso à informação e a capacidade individual para a utilizar de forma efetiva, a literacia em saúde é crítica para a capacitação, dependendo também dos níveis de literacia geral. Uma literacia pobre poderá afetar os indivíduos, limitando o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural, bem como impedindo o desenvolvimento de uma literacia em saúde adequada (Nutbeam, 1998). A definição adotada pela OMS enquadra-se numa compreensão de que a literacia não é apenas a reunião de competências funcionais, mas compreende um conjunto conhecimentos e competências que capacitam os indivíduos a participar de forma mais ativa na sociedade e a exercer um grande controlo nos acontecimentos diários da sua vida, de forma a melhorar a sua saúde e a da comunidade onde se encontra (Ishikawa & Kiuchi, 2010; Nutbeam, 2008). Não se foca, contudo, apenas nos elementos cognitivos, mas também, nas competências sociais envolvidas nas interações com as outras pessoas e com a sociedade que são necessárias para tomar decisões em práticas, bem como, na motivação adicionalmente à capacidade (Ishikawa & Kiuchi, 2010). Com uma adequada literacia em saúde, os indivíduos deverão ser capazes de compreender e aplicar informação sobre saúde, de forma a conseguirem ter mais controlo sobre a sua saúde, através da avaliação da credibilidade, precisão e relevância da informação e da ação sobre essa informação alterando os seus comportamentos de saúde e condições de vida (Ickes & Cottrell, 2010; Wu, *et al.*, 2010). As competências funcionais (ler e escrever) são, desta forma, vistas como uma base para a construção de competências complementares e necessárias (Nutbeam, 2008).

Nutbeam (2000) refere-se à literacia em saúde como as competências pessoais, cognitivas e sociais que determinam a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar informação com vista à promoção e manutenção de bons níveis de saúde. Esta definição implica resultados como melhoria do conhecimento e compreensão dos determinantes de saúde, alteração das atitudes e motivações relacionadas com os comportamentos em saúde, bem como uma autoeficácia melhorada na definição de tarefas (Nutbeam, 2000).

O *Joint Committee do National Health Educational Standards* define ainda literacia em saúde como “*the capacity of individuals to obtain, interpret, and understand basic health information and services and the competence to use such information and services in ways which enhance health*” (Joint Committee on National Health Education Standards, 1995, p. 5). Esta definição abrange os cenários de prestação de cuidados, no entanto, mantém o seu foco nas capacidades individuais, enfatizando as características, conhecimentos e competências dos indivíduos, sem dar especial relevo à complexidade dos contextos em saúde, bem como os assuntos e tarefas envolvidas nos mesmos (Committee on Health Literacy, 2004).

A Figura 4 representa o enquadramento da literacia em saúde. Neste modelo, a literacia surge como a base da literacia em saúde, e esta como o mediador ativo entre os indivíduos e os contextos em saúde. Os indivíduos transportam determinados fatores para o contexto de saúde, incluindo capacidades cognitivas, competências sociais, estados emocionais, e condições físicas como a acuidade auditiva e visual. A literacia fornece as competências que capacitam os indivíduos para compreender e comunicar a informação em saúde e suas preocupações. A literacia em saúde funciona como a ponte entre as competências de literacia e outras, as capacidades individuais e os contextos em saúde (Committee on Health Literacy, 2004).

Figura 4 - Enquadramento da literacia em saúde



Fonte: Adaptado de Committee on Health Literacy (2004)

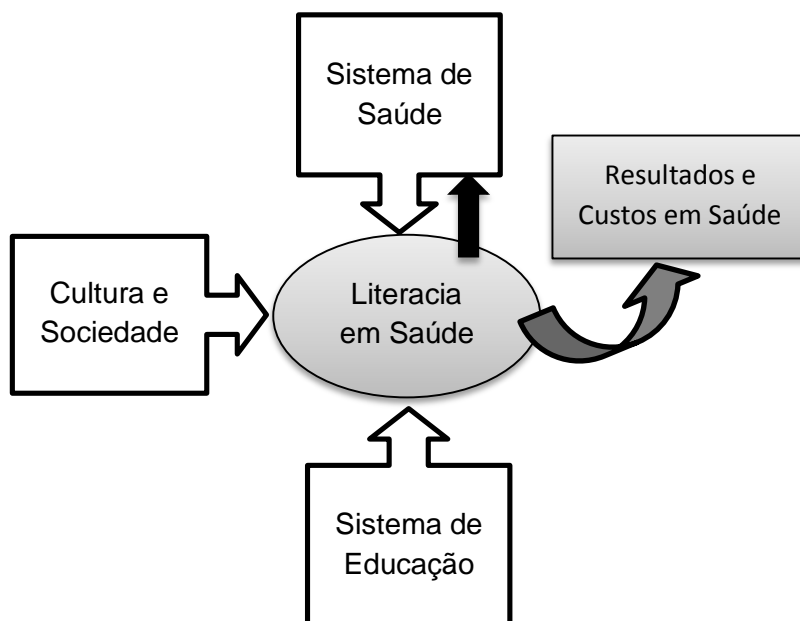
As competências em literacia em saúde são necessárias para vários processos, como diálogo e discussão com profissionais e educadores de saúde, leitura de informação sobre saúde, interpretação de gráficos, tomar decisões acerca da participação em estudos e investigações, utilizar ferramentas e equipamentos médicos, cálculo de tempo de tratamentos e dosagens farmacológicas, ou votar em questões relacionadas com a saúde ou ambiente. A procura de competências individuais em literacia pode criar uma barreira para o uso e compreensão de ferramentas e informação. Em muitos casos, quando existe uma incompatibilidade entre as competências individuais e as competências necessárias pelo contexto de saúde, a literacia assume o papel de determinante social. A perceção errada das suas próprias competências pode também funcionar como barreira (Committee on Health Literacy, 2004).

Literacia em saúde não pode definir-se apenas pela capacidade em ler um texto. Define-se por um conjunto de competências que envolvem reconhecer, processar, integrar e agir com base na informação sobre saúde, numa variedade de realidades. Para se considerar com bons níveis de literacia em saúde, a pessoa deve ser capaz de desenvolver as suas competências funcionais, interativas e de interpretação (Borzekowski, 2009). Literacia em saúde engloba, não apenas as competências convencionais de literacia, mas também a capacidade de aceder a informação sobre saúde, comunicar com profissionais de saúde e utilizar de forma adequada o sistema de serviços de saúde (Sanders, Shaw, Guez, Baur, & Rudd, 2009).

A capacidade individual é um contribuinte substancial para a literacia em saúde. O termo “capacidade” refere-se à reunião entre o potencial inato do indivíduo e as

suas competências, sendo mediada pela educação, e a sua adequação afetada pela cultura, língua e características do contexto de saúde. A literacia em saúde emerge da convergência e interação das competências pessoais, com o sistema de educação, serviços e contextos de saúde e fatores sociais e culturais em casa, no trabalho e na comunidade, sendo que estes três fatores contribuem para os resultados e custos em saúde obtidos com a população. Os determinantes da literacia em saúde são tão variados e complexos tal como os determinantes da maioria dos problemas persistentes que a área da saúde enfrenta. O modelo sugerido na Figura 5 representa isso mesmo e é um modelo, dado que os resultados até agora encontrados em investigação, apenas sugerem parte das causalidades nele envolvidas. As competências e capacidades individuais de literacia em saúde são mediadas pela educação, cultura e língua, conseguindo a educação ser um fator influenciador dos resultados em saúde (Committee on Health Literacy, 2004).

Figura 5 - Fatores influentes na literacia em saúde



Fonte: Adaptado de Committee on Health Literacy (2004)

Os contextos em saúde refletem várias situações relacionadas com a saúde, sendo diferentes dos outros contextos devido a uma constante presença de *stresse* ou medo, podendo envolver o prejuízo físico ou mental de um doente devido a doença, *stresse* ou medo. Estes contextos envolvem também geralmente vocabulário especializado, uso de jargão, formulários e processos legais, procedimentos complexos, bem como, diferenças no poder de acesso à informação. É necessário

um complexo conjunto de competências para funcionar nestes contextos, incluindo competências de leitura, escrita, cálculo, oralidade, escuta, utilizar tecnologia e redes de informação, bem como competências retóricas associadas a pedidos, advocacia e queixas (Committee on Health Literacy, 2004).

Fatores relacionados com a sociedade e com a comunidade a quem se destina a informação sobre saúde, influenciam a literacia em saúde, tendo esta que ser compreendida no seu contexto cultural (Baker, 2006; Borzekowski, 2009; Committee on Health Literacy, 2004). A cultura atribui um significado à informação e mensagens sobre saúde, podendo moldar a perceção e definição que os indivíduos têm de doença, barreiras culturais e linguísticas, barreiras na prestação de cuidados e estereótipos, o que poderá afetar a forma como interagem com o sistema de saúde e ajudar a determinar a adequação das competências de literacia em saúde em diferentes contextos (Committee on Health Literacy, 2004). A literacia em saúde não pode apenas ser vista como um recurso pessoal que leva a benefícios pessoais, como escolhas de estilos de vida saudáveis ou utilização efetiva dos serviços de saúde disponíveis. Implica, também, benefícios sociais, contribuindo, por exemplo, para a eficácia de ações comunitárias na saúde ou para o desenvolvimento do capital social (Nutbeam, 2000).

A natureza fluida da cultura demonstra que a prestação de cuidados de cuidados de saúde apresenta diferenças que estão em constante evolução. Diferenças culturais e educacionais entre utentes e prestadores de cuidados, bem como, entre os indivíduos que criam informação sobre saúde e os que a utilizam, contribuem para dificuldades em literacia em saúde (Committee on Health Literacy, 2004).

Igualmente importante às competências pessoais dos utentes são a comunicação e avaliação de competências das pessoas com que os utentes interagem em matéria de saúde, assim como, a capacidade dos *media*, sistema de saúde e agência governamentais de fornecer informação em saúde de uma forma apropriada para o público-alvo a quem se destina (Committee on Health Literacy, 2004). A comunicação é uma das bases da prestação de cuidados, sendo que uma boa comunicação leva a uma maior satisfação do utente, adesão a regimes terapêuticos e melhores resultados em saúde (Wynia & Osborn, 2010). Os autores das mensagens de saúde dos *media* devem ter a capacidade de as adaptar, bem

como, os educadores necessitam de desenvolver competências que ajudem o estudante a envolver-se nos assuntos relacionados com a saúde, incorporando esse conhecimento com as restantes matérias lecionadas. É necessário ter em conta a capacidade do prestador de cuidados utilizar linguagem acessível e de compreender se o utente está, ou não, a perceber o que lhe está a ser dito (Centers for Disease Control and Prevention, 2009; Committee on Health Literacy, 2004). Para os utentes e cuidadores compreenderem a informação que lhes é disponibilizada durante a intervenção e prestação de cuidados, tem de existir uma relação e sintonia entre as suas competências para processar essa mesma informação e o tipo de informação disponibilizada, bem como a forma de apresentação da mesma (Turner, *et al.*, 2009). Utentes com níveis mais baixos de literacia em saúde referem uma menor perceção da qualidade de comunicação entre si e os profissionais de saúde, bem como uma menor comunicação centrada em si (Wynia & Osborn, 2010).

As pessoas são frequentemente expostas a informação demasiado rápida e, por vezes, contraditória, sobre saúde (Committee on Health Literacy, 2004). Um acesso a demasiada informação, provocada pelo desenvolvimento de inúmeras fontes de informação e serviços, não leva, necessariamente, a uma melhor compreensão da mesma, podendo, inclusive, originar confusão e sentimento de falta de controlo na tomada de decisão (Ishikawa & Kiuchi, 2010). Os textos com informação sobre saúde são geralmente escritos de forma adaptada à população e ao seu nível de literacia funcional, bem como, às exigências governamentais e legislativas, o que leva a que muitas das vezes sejam textos curtos e, por isso, com toda a informação mais condensada, o que complica a sua leitura. Para além disso, o conhecimento e compreensão necessários para a tomada de decisão sobre cuidados de saúde é cada vez maior, dada a cada vez maior complexidade do sistema de saúde e de atendimento (Borzekowski, 2009).

Fontes de informação em saúde cada vez mais competitivas, como os *media*, *internet*, produtos de *marketing*, educação em saúde e proteção dos consumidores, intensifica a necessidade de promover competências de literacia em saúde na população (Committee on Health Literacy, 2004). Incluído no conceito de literacia em saúde atualmente, é essencial o desenvolvimento de competências de literacia

---

mediática em saúde, considerando a quantidade de informação sobre saúde recolhida nos media atualmente (Borzekowski, 2009). Também a informação em fontes eletrônicas assume um papel cada vez mais preponderante, pelo que a e-literacia em saúde se revela essencial para o desenvolvimento destas competências (Austin, 2012; Norman & Skinner, 2006a; Stellefson, *et al.*, 2011). A quantidade de informação sobre saúde aumentou exponencialmente, desde que a *internet* se tornou uma fonte importante de informação. *Status* socioeconómico, nível de educação e língua primária afetam substancialmente a escolha dos indivíduos acerca da necessidade de procura de informação sobre saúde, os locais onde a procuram, a que tipo de informação dão preferência e como interpretam a informação encontrada (Committee on Health Literacy, 2004).

Um estudo realizado em instituições de saúde americanas, permitiu concluir que, dos 2116 inquiridos (de ambos os sexos, com idades entre os 25 e os 44 anos), 53% referiram ter dificuldades em aprender sobre a sua situação clínica por a compreensão da informação escrita ser um obstáculo, 61% referiram sentir falta de confiança a preencher formulários e documentação relacionada com a saúde, e 57% referiram precisar de ajuda para ler materiais e informação escrita fornecida nos serviços de saúde (Wynia & Osborn, 2010). Já a avaliação de 1014 adultos dos EUA, de ambos os sexos, com idades entre os 18 e os 91 ( $\bar{x}=44,9$ ;  $\sigma=15,0$ ) revelou que 51,9% dos inquiridos revelou uma literacia em saúde inadequada, sendo que, as mulheres apresentam níveis mais elevados de literacia em saúde adequada (Shah, West, Bremmeyr, & Savoy-Moore, 2010).

Lee, Tsai, Tsai, & Kuo (2010) inquiriram 1492 adultos residentes em *Taiwan*, de ambos os sexos, com uma média de idades de 46,3 anos, concluindo que 69,7% dos respondentes apresentavam níveis adequados de literacia em saúde, 16,6% níveis marginais e 13,7% níveis desadequados. Os níveis de literacia em saúde encontrados eram menores quanto maior a idade do participante, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos.

Um estudo nacional nos EUA, realizado por Rudd, Kirsch, & Yamamoto (2004) permitiu perceber os níveis de literacia da população através da *Health Activities Literacy Scale* (HALS) que classifica o conceito em cinco níveis. Não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, 19% da população

apresenta valores dentro do primeiro nível, ou seja, do nível de pontuação mais baixo. Foram encontrados valores mais baixos de literacia nos indivíduos com níveis de escolaridade mais baixa, com idade superior a 65 anos, nos que pertencem a minorias étnicas/raciais e nos que apresentam outra língua principal para além do inglês. Em relação ao estatuto socioeconómico, os valores mais elevados de literacia em saúde foram encontrados nos adultos trabalhadores com ativos adicionais como poupanças ou dividendos, e os níveis mais baixos pertencem aos adultos reformados a viver abaixo do limiar da pobreza. Também níveis mais elevados de literacia em saúde foram confirmados nos indivíduos que apresentam estados de saúde mais saudáveis e menos probabilidade de desenvolver patologias. Os indivíduos com probabilidade de ter, ou com várias patologias, que restringem a atividade laboral foram os que apresentaram níveis mais baixos de literacia em saúde (Rudd, Kirsch, & Yamamoto, 2004).

Outro estudo também a nível nacional, nos EUA, permitiu concluir que 53% da população apresenta literacia em saúde intermédia, 12% muito boa literacia em saúde, 22% literacia em saúde básica e 14% apresenta literacia em saúde abaixo do nível básico. As mulheres apresentaram valores mais elevados de literacia em saúde do que os homens. Semelhante ao estudo de Rudd, Kirsch, & Yamamoto (2004), níveis mais baixos de literacia em saúde foram encontrados na população que tem outra língua principal para além do inglês, pertencentes a minorias étnicas/raciais, com mais de 65 anos, com níveis de escolaridade mais baixa e pessoas a viver abaixo do limiar de pobreza. Também os indivíduos que reportaram níveis mais baixos de saúde geral apresentaram níveis mais baixos de literacia em saúde (Kutner, Greenberg, Jin, Paulsen, & White, 2006).

O *European Health Literacy Survey (HLS-EU) Consortium* realizou um estudo europeu de literacia em saúde, onde inclui 8 países: Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha. Em cada país foram questionados cerca de 1000 cidadãos com idade igual ou superior a 15 anos, utilizando um instrumento de avaliação elaborado pelo grupo. Cerca de 12,4% da população questionada apresentou níveis de literacia em saúde inadequados (variando de 1,8% a 26,9%), 35,2% uma literacia em saúde problemática, 36,0% apresentou um nível de literacia em saúde suficiente e os restantes 16,5%, um nível excelente de



literacia em saúde. Valores mais elevados foram encontrados nos indivíduos que reportam um *status* de saúde mais elevado, bem como, no sexo feminino. A literacia em saúde parece não apresentar qualquer relação com a frequência de utilização dos serviços de saúde (HLS-EU Consortium, 2012).

Em Portugal, existem muito poucos estudos que deem uma perspetiva global sobre o conhecimento em saúde da população portuguesa. A grande maioria dos estudos realizados são locais/regionais ou demasiado específicos e focados numa área da saúde em particular. Existe, no entanto, a consciência política sobre a promoção de saúde através da promoção da literacia como forma de capacitar os utentes de competências necessárias à adoção de estilos e comportamentos de vida saudáveis (Santos, 2010).

### **3.1.1. e-Literacia em Saúde**

Apesar da proliferação da informação em saúde nos *sites* e ambientes eletrónicos, muita desta informação permanece inacessível a uma grande percentagem da população, devido a baixos níveis de literacia em saúde e competências informáticas (Robinson & Graham, 2010).

A e-literacia em saúde dos indivíduos requer a habilidade para pesquisar, encontrar, estimar e avaliar, integrar e aplicar os ganhos obtidos, a partir do ambiente eletrónico, com vista à resolução de problemas de saúde. Este conjunto de competências requer que se seja capaz de trabalhar também com novas tecnologias, pensar criticamente acerca dos assuntos relacionados com os *media* e com a ciência, bem como navegar num vasto leque de ferramentas e fontes de informação, com vista a adquirir a informação necessária para tomar decisões (Norman & Skinner, 2006a, 2006b).

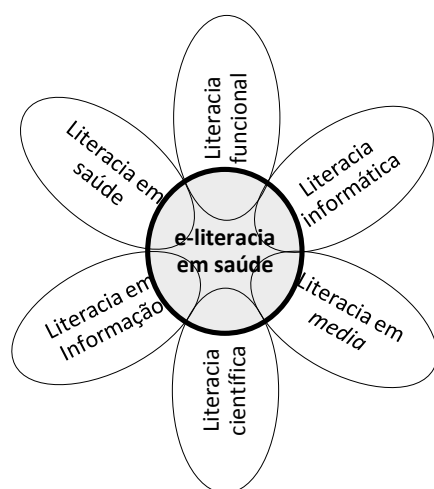
Não se trata de um conceito estático, mas sim de um processo orientado por competências e que envolve tempo e novas tecnologias que se introduzem gradualmente nos contextos pessoal, social e ambiental. O seu objetivo passa por capacitar os indivíduos para participar em decisões relacionadas com a sua saúde, recorrendo a fontes de informação eletrónica (Norman & Skinner, 2006b).

Decisões informadas requerem a capacidade de aceder, compreender e processar adequadamente informação sobre saúde, de acordo com as necessidades (Norman & Skinner, 2006a). A e-literacia em saúde, tal como outras formas de literacia, combina facetas de várias competências de literacia e aplica-as em promoção e cuidados de saúde (Norman & Skinner, 2006b).

A e-literacia em saúde engloba seis competências ou literacias: literacia funcional, literacia em informação, literacia em *media*, literacia em saúde, literacia científica e literacia informática (Norman & Skinner, 2006a, 2006b). As três primeiras, de tipo analítico, são competências que se aplicam a um grande número de fontes de informação, independentemente do tema ou contexto. As restantes três competências, específicas de contexto, estão, sobretudo, relacionadas com as circunstâncias em que a informação é procurada (equipamentos utilizados e condições de pesquisa), tipo de informação apresentada (científica ou não) e temáticas procuradas, neste caso, relacionadas com a saúde (Norman & Skinner, 2006b).

A figura seguinte (Figura 6) representa o conceito de e-literacia em saúde (Modelo Lírio), bem como a relação entre as competências individuais que a compõem. Representada na forma de flor, as pétalas (competências) alimentam o conceito central (e-literacia em saúde) que as une, sobrepondo-as.

Figura 6 – Modelo Lírio de literacia em saúde



Fonte: Adaptado de Norman & Skinner (2006b)

As seis competências que compõem a e-literacia em saúde integram uma rede interativa que funciona sempre que se realiza uma tarefa em e-saúde (como

---

procurar informação sobre saúde ou monitorizar o estado de saúde), utilizando para tal ferramentas tecnológicas (Chan, Matthews, & Kaufman, 2009).

Utilizar a *internet* para procurar informação sobre saúde requer várias competências específicas (Chan & Kaufman, 2011; Paek, Hove, & Isaacson, 2011), sendo a sua avaliação uma boa estratégia para compreender se a pessoa apresenta uma literacia em saúde adequada, nomeadamente, competências para encontrar, avaliar e aplicar a informação sobre saúde que necessita para obter um resultado positivo. Isto porque é necessário utilizar estratégias de pesquisa para encontrar um *site* com a informação pretendida e avaliar criticamente a informação encontrada para definir a sua credibilidade. Ao perceber que a informação é útil e credível é necessário, por fim, compreender como pode ser aplicada na sua situação ou em situações de pessoas próximas, como forma de obter o resultado positivo desejado (Norman & Skinner, 2006b).

A informação eletrónica em saúde revela importância no aumento da qualidade dos cuidados de saúde, bem como no incremento da capacitação dos utentes, providenciando oportunidades de gestão pessoal do estado de saúde de cada pessoa (Austin, 2012).

Pode assumir-se uma relação entre e-literacia em saúde e a utilização da tecnologia de uma forma geral, pois quanto mais se utilizarem as novas tecnologias, mais competências serão desenvolvidas no sentido de utilizar essas tecnologias como uma ferramenta. Os adolescentes são um dos grupos preferenciais para avaliar estas competências, dado serem um conjunto populacional que tem geralmente grande convivência com as novas tecnologias. Apesar de serem um segmento bastante familiarizado com estas tecnologias, colocam-se algumas questões acerca da qualidade dos seus acessos à *internet*, apresentando este grupo algumas dificuldades em compreender ou utilizar a informação sobre saúde disponível *online*, apesar do seu uso frequente (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005a, 2005b; Norman & Skinner, 2006a).

Como forma de maximizar os benefícios da disponibilidade de informação sobre saúde na *internet*, o desenvolvimento de competências de literacia em saúde é essencial (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005b). Quanto mais

desenvolvidas são estas competências nos jovens, menor é a sua confiança em *sites* comerciais e de marca como fontes de informação em saúde, mesmo que a informação que contenham sejam fidedigna (Hove, Paek, & Isaacson, 2011). Esta confiança diminui, pois uma das competências em e-literacia em saúde consiste em conseguir distinguir fontes de informação que pretendem ser persuasivas, das que pretendem ser informativas e educacionais (Hove, Paek, & Isaacson, 2011).

### 3.2. FONTES DE INFORMAÇÃO

Sendo a literacia em saúde considerada um objetivo de saúde pública a atingir no século XXI, enfatiza-se a necessidade de olhar para os diferentes contextos onde a informação em saúde pode ser adquirida e utilizada, como parte da estratégia para abordar a literacia em saúde (Norman & Skinner, 2006a).

A procura de informação ocorre sobretudo em resposta a uma necessidade ou falta de conhecimento, sendo que o tipo de informação necessária ou em falta, bem como o contexto em que a mesma é necessária, influencia a forma como é levada a cabo a aquisição da informação (Mukherjee & Bawden, 2012).

O *European Opinion Research Group* elaborou um estudo nos países da União Europeia, onde se inclui Portugal, acerca das fontes de informação. Para isso recorreu a amostras representativas da população, com idade superior a 15 anos, dos vários países. Quando questionados acerca de qual a fonte de informação sobre saúde mais utilizada, os profissionais de saúde foram os mais referidos (45,3%), seguidos da televisão (19,8%), livros e enciclopédias médicas (7,7%), jornais (7,4%), revistas (5,5%), amigos, família e colegas (5,2%), *internet* (3,5%), artigos científicos (2,1%), rádio (0,9%) e cursos e aulas (0,8%). As mulheres recorrem mais do que os homens aos profissionais de saúde como fonte de informação sobre saúde preferencial, sendo que os homens recorrem mais à televisão do que as mulheres. Quando questionados sobre que outras fontes de informação utilizam, para além da principal, 38,5% refere a televisão, 28,9% os amigos, família e colegas, 25,8% os profissionais de saúde, 24,5% as revistas e 24,46% os jornais. 41,5% dos indivíduos afirmou que a *internet* é uma boa fonte de informação em saúde, 15,9% referiram que depende da informação e 15,9% refere

---

não ser uma boa fonte de informação. De uma forma geral, os homens utilizam mais a *internet* para procurar este tipo de informação do que as mulheres e, 35,3% dos inquiridos dos 15 aos 24 anos refere usar esta fonte de informação, valor que vai decrescendo com a idade. Em Portugal, apenas 14% dos indivíduos afirmou utilizar a *internet* como fonte de informação em saúde (European Opinion Research Group, 2003).

Para além das fontes de informação em saúde consultadas, foi também percebida confiança que os indivíduos demonstravam nessas várias fontes. A fonte mais confiável pelos inquiridos (84,4%) são as instituições e organizações de saúde, sendo que 65,5% referiu as escolas e universidades, 39,3% referiu confiar nos *media* e 22,9 nas instituições religiosas. Apesar de 39,3% referir não confiar nos *media* para obter informação sobre saúde, Portugal é o país da União Europeia onde os indivíduos mais confiam nesta fonte de informação (66,8%). Não se encontraram diferenças entre sexos, no que respeita à confiança nas fontes de informação (European Opinion Research Group, 2003).

Presentemente, mais do que nunca, os contextos de informação em saúde incluem fontes eletrónicas, como a *internet* e outras tecnologias, que potenciaram o seu papel no consumo em saúde (Austin, 2012; Norman & Skinner, 2006a; Stellerfson, *et al.*, 2011), tornando-se as fontes de informação privilegiadas da população geral. A *internet* é a fonte de informação sobre saúde mais comum para adolescentes e adultos, acesso este que se encontra em crescimento rápido, mesmo entre indivíduos que apresentam competências de literacia em saúde limitadas (Sanders, Shaw, Guez, Baur, & Rudd, 2009). Estas fontes de informação em saúde têm a potencialidade de capacitar as pessoas, providenciando ferramentas que as ajudam a tomar decisões informadas (Austin, 2012).

Os adolescentes são usuários frequentes de telemóveis e mensagens de texto por telefone. Apesar das tecnologias móveis constituírem uma nova oportunidade de intervenção na promoção de saúde nesta faixa etária, existem também algumas condicionantes que será importante ter em conta. Trata-se de um método de comunicação bastante informal, o que se torna apelativo para os jovens. No entanto, o formato curto das mensagens, com um número limitado de caracteres, leva a que seja necessário pensar em formas criativas de transmitir ideias,

garantindo que o público-alvo compreende a mensagem da forma adequada. Para além disso, é importante que as mensagens apresentem um estilo de comunicação que seja apelativo e interessante para os jovens, bem como que a quantidade de mensagens e frequência das mesmas seja adequada ao público (Hingle, Nichter, Medeiros, & Grace, 2013).

Sendo perceptível que os jovens utilizam a *internet* e as fontes eletrónicas para obter informação sobre saúde, enquanto o sexo feminino utiliza esta metodologia para procurar informação e obter dados sobre diagnósticos, o sexo masculino parece procurar mais informação sobre serviços e produtos para adquirir. Para além disso, nenhum dos sexos pareceu demonstrar mais preocupação em relação à veracidade e fidedignidade da informação obtida (Stellefson, *et al.*, 2011).

Kutner, Greenberg, Jin, Paulsen, & White (2006) relacionaram as fontes de informação dos residentes nos EUA e os seus níveis de literacia em saúde, concluindo que a maioria dos indivíduos com um nível de literacia abaixo do nível básico retiram a informação sobre saúde dos jornais (63%), revistas (60%) e panfletos (59%). 85% dos indivíduos com um nível de literacia em saúde muito bom retira a informação da *internet*, 87% de revistas, 89% de panfletos e 80% de jornais. A consulta da *internet* como fonte de informação é maior nos indivíduos com melhor nível de literacia em saúde. A consulta de jornais, revistas e panfletos é maior nos níveis de literacia acima do nível básico (básico, intermédio e perito) do que no nível abaixo do básico. Uma percentagem superior de adultos com níveis de literacia em saúde básico e abaixo, em relação a níveis superiores, recebeu informação sobre saúde proveniente da televisão e rádio, sendo os que têm níveis de literacia em saúde mais altos que recebem menos informação dessas mesmas fontes. À medida que o nível de literacia em saúde aumenta, aumenta também a percentagem de adultos que recebem informação sobre saúde de familiares e amigos, bem como de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e psicólogos).

Um estudo europeu, que inclui 7 países, de entre os quais Portugal, que participou com a colheita de dados de 2001 indivíduos, de ambos os sexos e com idades entre os 15 e os 80 anos. 49% dos portugueses referiram ser utilizadores da *internet*, sendo que 30% afirmaram ser utilizadores de *internet* para questões relacionadas

com a saúde. De um modo geral, as mulheres utilizam mais a *internet* para questões relacionadas com a saúde. Para além disso, os indivíduos dos 15 aos 29 anos de idade utilizam a *internet*, maioritariamente, para pesquisar informação sobre saúde (63%), enquanto os indivíduos de 30 a 44 anos de idade mostraram ser os maiores utilizadores para questões de saúde. Quem foi ao médico no último ano utilizou mais a *internet* para questões relacionadas com a saúde do que quem não foi. Os participantes referiram ainda que após a consulta da *internet* para procurar questões relacionadas com a saúde, sentiram-se aliviados ou seguros (19%), ansiosos (10%) ou dispostos a alterar a dieta ou estilos de vida (20%). 40% afirmaram que se trata de uma importante ou muito importante fonte de informação em saúde, contrapondo com 81% que referiram a mesma opinião para os profissionais de saúde, 64% para família e amigos, 61% para livros e enciclopédias, 60% para farmácias, 57% para revistas e jornais, 56% para aulas e cursos e 40% para televisão e rádio (Andreassen, *et al.*, 2007).

Um estudo realizado por Mukherjee & Bawden (2012) tendo como base 68 inquiridos de ambos os sexos e com idade superior a 18 anos, e 10 entrevistados, permitiu concluir que os respondentes utilizam várias fontes de informação quando pretendem encontrar informação sobre saúde. A opção mais popular é a *internet* (85%), seguida dos livros (17%) e questionar familiares e amigos (16%). As bibliotecas foram apenas citadas por 6% dos participantes como fonte de informação em saúde. Outras fontes referidas incluem os médicos de família, os materiais afixados nas instituições de saúde, as linhas de apoio e panfletos distribuídos nas instituições de saúde ou por profissionais de saúde.

Em relação à *internet*, a fonte de informação mencionada como sendo a mais utilizada, foi referido que é fácil de utilizar e acessível. As principais dificuldades na procura de informação *online* são o excesso de informação disponível, falta de indicação do nível de confiança da informação contida nos *sites*, falta de monitorização de *sites* de saúde *online* e barreiras de acesso como a necessidade de subscrição de determinados *sites* informativos (Mukherjee & Bawden, 2012).

Em relação às fontes de informação, dos 1202 inquiridos por Kwan, Arbour-Nicotopoulos, Lowe, Taman, & Faulkner (2010), 78,8% recebeu informação sobre saúde da *internet*, 65,6% dos pais, 61,5% dos amigos, 56,2% de profissionais de saúde,

53,9% de revistas, 52,5% da televisão, 47,1% de professores de saúde, 46,3 de panfletos e folhetos, 40% da escola, 20,1% de artigos do jornal da escola, 13,6% de pares educadores, 12,15% de assistentes de residentes no *campus* e 6,7% da igreja/religião. As raparigas referiram receber informação de folhetos e panfletos, amigos e revistas, mais do que os rapazes. As fontes de informação referidas foram avaliadas em termos de credibilidade: profissionais de saúde (91,7%), professores de saúde (89,9%), escola (64,1%), folhetos e panfletos (45,5%), pais (45,0%), pares educadores (38,5%), artigos do jornal da escola (35,4%), assistentes de residentes do *campus* (29,3%), revistas (19,4%), *internet* (17,4%), amigos (17,2%), televisão (13,1%) e igreja/religião (11,4%). As raparigas consideram os professores de saúde uma fonte mais credível do que os rapazes (Kwan, Arbour-Nicitopoulos, Lowe, Taman, & Faulkner, 2010).

Questionados 27648 jovens, com idades entre os 18 e os 24 anos de idade, a frequentar o ensino universitário nos EUA, foi possível perceber que a fonte de informação sobre saúde mais frequente eram os pais e a *internet*, seguido dos amigos, profissionais de saúde, panfletos e folhetos, revistas, professores de saúde, televisão, escola, artigos de jornais da escola, pares educadores e assistentes de residentes no *campus*, sendo a menos frequente a igreja/religião. Os professores de saúde foram considerados a fonte de informação mais credível, seguidos dos profissionais de saúde, pais, panfletos e folhetos, escola, artigos do jornal da escola, pares educadores, assistentes de residentes do *campus*, religião/igreja, amigos e revistas, *internet* e a televisão, que foi considerada a fonte menos credível (Nustad, Adams, & Moore, 2008).

Como forma de perceber quais as fontes de informação mais utilizadas pelos jovens, foram inquiridos 1115 estudantes do primeiro ano da Universidade de *Illinois*, de ambos os sexos, sendo que 99% dos participantes tinha entre 18 e 19 anos de idade. A fonte de informação mais utilizada foi a *internet*, em particular *sites* com informação, em contraste com fóruns de discussão. Consecutiva da *internet* na popularidade, está a fonte amigos e família, seguido dos profissionais de saúde (se pretendiam informação sobre tratamentos) e de fontes dos *media* tradicionais, como revistas e televisão (se pretendiam informação sobre estilos de vida saudável). Para os dois tipos de pesquisa, a fonte de informação menos comuns



são os fóruns de discussão *online*. De uma forma geral, fontes tradicionais de informação (*offline*) foram consultadas por 65,7% dos participantes que procuraram sobre tratamento e 58,3% dos participantes que procuraram sobre estilos de vida saudáveis. Os estudantes que iniciaram o uso da *internet* numa idade mais precoce, que apresentam mais locais para poder aceder, que gastam mais tempo *online*, ou que apresentam mais competências para utilizar a *internet*, utilizam mais esta fonte de informação, em detrimento das fontes de informação *offline*, sobretudo para informação acerca de tratamento. As raparigas procuram mais as fontes de informação tradicionais *offline* para informação do que os rapazes (Dobransky & Hargittai, 2012).

Os *media* apresentam uma influência positiva na tomada de decisões dos jovens (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005b), sendo a *internet* uma fonte preferencial de informação para esta faixa etária (Ghaddar, Valerio, Garcia, & Hansen, 2012; Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005a; Stellefson, et al., 2011). É por isso essencial encontrar formas de utilizar este recurso de modo efetivo nos programas sobre saúde, com vista a potenciar e utilizar de maneira proveitosa essa influência.

Tendo em conta o objetivo de compreender quais as fontes de informação mais utilizadas pelos jovens para obter informação sobre saúde, Vardavas, Kondilis, Patelarou, Akrivos, & Falagas (2009) questionaram 369 jovens gregos, dos 12 aos 18 anos de idade, de ambos os sexos, concluindo que as fontes de informação mais utilizadas, por ambos os sexos, é a família (71,8%), seguida do médico (51,5%). Outras fontes como a televisão (34,7%), as revistas (19,5%), os amigos (19,5%), os panfletos e brochuras (16,0%), o farmacêutico (8,7%) e a *internet* (5,1%) são menos utilizadas para obter informação desta natureza. As raparigas parecem recorrer mais a fontes de informação como o médico, a televisão, as revistas, os amigos e os panfletos e brochuras do que os rapazes. Apesar de 51,5% referir que recebe informação do seu médico, 31,2% afirma nunca, raramente ou só às vezes verem as suas questões respondidas e 31,4% nunca ou raramente compreendem as recomendações do mesmo. Para além disso, 37,7% afirma nunca ou raramente se sentirem à vontade para falar com o médico, sendo esta percentagem maior nas raparigas do que nos rapazes, e 7,3% nunca ou raramente

seguem as suas indicações, enquanto 51,8% o faz sempre. Relativamente aos panfletos e brochuras enquanto fonte de informação em saúde, 63,7% dos jovens referiram que nunca ou raramente os lê quando os recebem, enquanto 23,0% pede ajuda para compreender a informação que está contida nos mesmos, sendo que 38,8% indica que não consideram os panfletos e brochuras uma fonte de informação em saúde útil. Em relação aos tópicos sobre os quais receberam informação no último ano, 75,9% refere ter recebido informação sobre nutrição, 54,5% sobre saúde oral, 62,6% acerca de exercício físico, 55,6% sobre VIH e 65,3% acerca de fumar. As raparigas referem ter recebido mais informação sobre nutrição e saúde oral do que os rapazes.

Ackard & Neumark-Sztainer (2001) procuraram compreender quais as fontes de informação sobre saúde mais utilizadas pelos adolescentes, bem como quais os tópicos que consideram mais importantes para serem abordados consigo. Questionaram 6728 estudantes, do 5º ao 12º ano de escolaridade, de ambos os sexos, a frequentar o ensino nos EUA. Quando questionados sobre a primeira pessoa a quem recorrem para obter informações sobre saúde, as raparigas referem a mãe (58,4%), seguido de um amigo (18,2%) e de um médico ou enfermeira (16,3%). Apenas 4,3% questiona o pai sobre assuntos relacionados com a saúde. Os rapazes referem também a mãe (41,7%) como a pessoa preferencial a quem recorrer, seguida do médico ou enfermeira (21,8%) e do pai (21,2%). As raparigas são mais propensas a questionar primeiro outro adulto do sexo feminino para além dos pais, (7,8%) do que os rapazes (2,3%), que procuram outros adultos do sexo masculino (2,9%) mais do que as raparigas (0,8%). As raparigas questionam mais os amigos (18,2%), enquanto os rapazes questionam mais os professores (3,8%), médicos ou enfermeiros (21,8%) ou não questionam ninguém (5,0%). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que respeita à procura de informação sobre saúde com um irmão/irmã ou com a enfermeira de saúde escolar. Os adolescentes mais velhos, questionam menos os seus pais acerca de questões relacionadas com a saúde, questionando mais os seus amigos. Não foram encontradas diferenças entre a idade dos jovens, no que respeita a questionar outros adultos, professores, médico ou enfermeira, enfermeira de saúde escolar, irmão/irmã ou ninguém (Ackard & Neumark-Sztainer, 2001).

---

A fonte de informação principal dos adolescentes inquiridos por Al-Qallaf, Al-Otaibi, & Othman (2012) num estudo que incluiu 2428 adolescentes do *Kuwait*, dos 15 aos 18 anos de idade, de ambos os sexos, foi a mãe (68,3%), seguido do pai (51,5%), da *internet* (51,4%), dos amigos (48,6%), dos irmãos (42,1%), dos médicos (40,1%), dos *media* como televisão e rádio (33,3%), dos professores (28,5%), de panfletos, folhetos, jornais, revistas e livros (25,6%), da igreja (16,7%) e dos enfermeiros (9,3%). As raparigas preferem procurar informação sobre saúde com a sua mãe, jornais, livros e *internet*, mais do que os rapazes, enquanto os rapazes procuram as outras fontes de informação mais do que as raparigas.

Os motivos referidos pelos adolescentes para não discutirem os assuntos de saúde com o profissional de saúde incluem sentir-se envergonhado quando discutem esses assuntos (44,9%), utilizar outras fontes de informação (39,0%), porque o profissional de saúde é de um género diferente do seu (32,8%), receio da quebra de sigilo (24,9%), não ter tempo suficiente para abordar esses assuntos quando estão com o profissional (22,1%), o profissional de saúde não mostrar interesse no assunto (20,1%) ou não haver privacidade para discutir o assunto (19,3%) (Al-Qallaf, Al-Otaibi, & Othman, 2012).

Questionados 1060 estudantes universitários dos EUA com idades entre 18 e 19 anos maioritariamente (97,0%), de ambos os sexos, foi possível perceber que a fonte de informação mais popular no último ano foi a família e os amigos (89,5%), seguida da *internet* (78,0%), médico ou enfermeiro (75,5%) e outros *media*, como jornais, revistas, televisão e rádio (74,6%). 25,0 % dos inquiridos afirmou utilizar a *internet* pelo menos uma vez por semana para obter informação sobre saúde ou *fitness*, e 57% afirmaram ter consultado a *internet* no último ano para procurar informação acerca de fármacos. As raparigas utilizam mais qualquer fonte de informação sobre saúde, em especial a *internet* do que os rapazes. Também os adolescentes cuja língua principal não é o inglês, e que tenham mais e melhores competências de pesquisa *online* e utilização da *internet*, utilizam mais as fontes de informação *online*. Os adolescentes cuja língua principal não é o inglês, para além da *internet*, utilizam mais os *media* como fonte de informação, em relação aos que têm essa língua como principal. Apesar das fontes tradicionais de informação como a família, amigos e profissionais de saúde permanecerem populares e um

recurso bastante utilizado, a *internet* faz agora parte deste grupo de fontes de informação frequentes para a procura de informação sobre saúde por parte dos adolescentes (Percheski & Hargittai, 2011).

Os adolescentes estão interessados em encontrar informação acerca de alguns tópicos, como exercício físico, dieta, saúde sexual e consumo de álcool e outras drogas (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005a).

As razões para procurar informação sobre saúde são muito variadas, sendo que as mais frequentes, de acordo com o estudo realizado por Mukherjee & Bawden (2012) são a procura de resposta a um problema de saúde (53%), tentativa de seguir um estilo de vida saudável (31%) e ajudar terceiros (19%). A procura de um estilo de vida saudável foi mais referida pelo sexo masculino. 81,3% das 1115 jovens inquiridas por Dobransky & Hargittai (2012) afirmaram que no último ano procuraram por informação acerca de tratamentos, e 74,9% sobre estilos de vida saudáveis.

1202 estudantes universitários de Toronto foram questionados acerca das suas fontes de informação em saúde. Quase 46% dos inquiridos respondeu não receber habitualmente informação sobre saúde. Dos que afirmaram receber informação sobre saúde, exercício físico (25,5%) e prevenção da violência de género (26%) foram os tópicos mais referidos, doenças sexualmente transmissíveis (21,3%), das quais o vírus da imunodeficiência humana (VIH) (18,9%), prevenção da gravidez (13,5%), prevenção de consumo de álcool e outras drogas (20%), nutrição e comportamentos alimentares (16,6%), prevenção de acidentes (9,1%) e prevenção do suicídio (3,4%) foram também mencionados. 0,5% referiram ter recebido informação acerca de todos os tópicos. Os rapazes referem ter recebido mais informação sobre prevenção de consumo de álcool e outras drogas do que as raparigas (Kwan, Arbour-Nicitopoulos, Lowe, Taman, & Faulkner, 2010).

Al-Qallaf, Al-Otaibi, & Othman (2012) questionaram 2428 adolescentes do *Kuwait*, dos 15 aos 18 anos de idade, de ambos os sexos acerca das fontes de informação que utilizam, bem como acerca dos temas que discutem ou que gostariam de ver discutidos com profissionais de saúde. Em relação aos assuntos que gostariam ou tinham interesse em abordar com os profissionais de saúde, o peso corporal ideal,

obesidade e baixo peso foi o assunto mais referido (63,5%), seguido da nutrição saudável (61,2%), importância da atividade física e o seu impacto na saúde e imagem corporal (60,0%), casamento e sexualidade (52,7%), ansiedade e depressão (52,2%), puberdade e alterações físicas e psicológicas (40,9%), doenças sexualmente transmissíveis (38,7%), impacto do tabaco na saúde (32,2%) e drogas e toxicodependência (26,3%). Os rapazes apresentam mais preocupação com estas temáticas do que as raparigas, exceto no tema obesidade e peso ideal e ansiedade e depressão. Menos de 50% dos adolescentes questionados discutem os seus assuntos com o profissional de saúde. O tema mais discutido é a alimentação saudável (47,5%), seguido do peso corporal ideal (37,6%), atividade física (32,5%), puberdade e alterações corporais (22,6%), ansiedade e depressão (21,0%), casamento e sexualidade (19,0%), tabaco (18,9%), toxicodependência (13,8%) e doenças sexualmente transmissíveis (12,9%). 30,6% dos adolescentes inquiridos não discutem qualquer assunto relacionado com a saúde com os profissionais da área. Os rapazes discutem mais qualquer um dos assuntos mencionados do que as raparigas. De entre os adolescentes preocupados com a temática alimentação saudável, 77,6% discutiu esse assunto com um profissional de saúde. Adolescentes que revelaram interesse nas temáticas obesidade, tabaco, puberdade, exercício físico e toxicodependência, 59,3%, 58,5%, 55,2%, 52,3% e 51,6% respetivamente, discutiram estes assuntos com um profissional de saúde. Os temas ansiedade e depressão, saúde sexual e prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis foram discutidos por menos de 50% dos adolescentes que revelaram interesse em fazê-lo (Al-Qallaf, Al-Otaibi, & Othman, 2012).

Os adolescentes que participaram no estudo realizado por Ackard & Neumark-Sztainer (2001) referiram alguns tópicos que gostariam de ver discutidos com os profissionais de saúde. Os rapazes referiram maioritariamente os temas: drogas (64,9%), tabaco (57,9%), doenças sexualmente transmissíveis (57,5%), álcool (56,3%) e alimentação saudável (50,8%). As raparigas referiram as patologias do comportamento alimentar (66,2%), as doenças sexualmente transmissíveis (65,4%), o peso (65,3%), as drogas (65,1%), a alimentação saudável (62,9%), o tabaco (59,1%), a prevenção da gravidez (58,5%), o stresse (57,7%), o álcool (56,0%) e o exercício físico (55,6%). Os adolescentes referiram que estes

temas não são abordados ou são pouco abordados. Ambos os sexos referem sentir-se embaraçados quando se discutem assuntos como sexualidade, alterações corporais, menstruação (no caso das raparigas), assuntos privados relacionados com a saúde, abuso físico e sexual, e contraceção. As raparigas referiram sentir-se mais desconfortáveis que os rapazes a discutir sexualidade, alterações corporais, abuso físico e sexual, contraceção e gravidez, mas os rapazes, por sua vez referem maior desconforto a falar sobre álcool e outras drogas. Também jovens mais velhos referem sentir-se menos incomodados a discutir assuntos relacionados com a saúde do que os mais novos (Ackard & Neumark-Sztainer, 2001).

Em Portugal, o estudo HBSC 2010 permitiu concluir que os adolescentes referem ver entre 1 a 3 horas de televisão por dia durante a semana (60,7%) e 4 ou mais horas diariamente durante o fim de semana (55,9%), sendo os adolescentes de idade intermédia (8º ano de escolaridade) os que referiram ver mais televisão. A percentagem de jovens que vê mais de quatro horas de televisão diariamente diminuiu desde 2006. 80,7% dizem utilizar a *internet* várias vezes por dia, em casa, sendo os rapazes e os adolescentes de idade intermédia os que mais utilizam esta tecnologia. A maioria dos jovens tem conhecimento da existência de um gabinete na sua escola para poderem falar com um profissional de saúde (49,6%) ou professor (50,8%) quando têm uma dúvida ou problema. O profissional de saúde que os jovens referem que mais gostariam de falar quando têm dúvidas ou um problema é o psicólogo (33,4%), seguido do médico (17,4%), professor (15,0%), enfermeiro (4,2%) e assistente social (1,5%). Os rapazes referem que gostariam de falar mais com um professor ou médico, enquanto as raparigas referem o psicólogo como a sua preferência. Os jovens mais novos dizem preferir falar com um professor e os mais velhos com um médico ou psicólogo (Matos, *et al.*, 2012).

Também em Portugal, Gaspar (2006) realizou um estudo com uma amostra de 1166 adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 15 e os 25 ( $\bar{x}$ =18,69;  $\sigma$ =2,86), a frequentar o ensino secundário e superior no concelho de Leiria, com o objetivo de identificar as fontes de informação em saúde, bem como a perceção do impacto da informação em saúde nestes adolescentes. Os pares, os meios audiovisuais e a família foram as fontes de informação em saúde

mais reconhecidas pelos jovens, sendo a escola e a comunidade em sentido lato as menos reconhecidas, reconhecimento que não varia tendo em conta o sexo, nível de ensino, idade ou local de residência. Foi também percebido que quanto maior o impacto da informação de saúde auto percebido, maior o reconhecimento da fonte de informação em saúde. No entanto, as raparigas, os adolescentes mais velhos e a frequentar anos de escolaridade superiores, reconhecem mais as fontes de informação em saúde no geral, do que os rapazes, os adolescentes mais novos e a frequentar anos de escolaridade mais baixos, respetivamente.

### 3.3. LITERACIA EM SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA

Apesar de uma criança ou adolescente poder não ser capaz de ler um texto médico, esse mesmo jovem poderá compreender o que são comportamentos promotores de saúde ou competências de manutenção da saúde no seu ambiente de vida, ou até conseguir participar ativamente na tomada de decisão que respeita à sua situação de saúde/doença ou aos cuidados de saúde a si prestados (Borzekowski, 2009).

Considerando a idade e o estadio desenvolvimental de cada jovem é possível perceber que tipo de informação poderá ser assimilada e compreendida, bem como o tipo de competência de literacia em saúde que cada um será capaz de realizar. O suporte social por parte da família, amigos e profissionais de saúde poderá ser um facilitador no processo de aprendizagem de conceitos mais complexos numa idade mais precoce àquela em que seria suposto integrar esse mesmo conceito. Se os conceitos e comportamentos relacionados com a saúde forem culturalmente relevantes e fizerem parte do ambiente do jovem, este poderá compreender a sua importância e o seu impacto na saúde numa idade anterior à que seria esperada (Borzekowski, 2009).

Atualmente, um jovem que possua competências de literacia em saúde, deverá ser capaz de cuidar de si a nível físico, emocional, social, mental e espiritual. Um jovens com bons níveis de literacia em saúde consegue compreender o conceito de risco, lidar com documentação e impressos relacionados com a saúde, encontrar serviços

---

de saúde consoante a sua necessidade, dialogar com os profissionais de saúde conseguindo receber respostas que clarifiquem as suas dúvidas, compreender os efeitos e interações dos fármacos e tomar uma posição de advocacia de forma a proteger a sua saúde, a da sua família e a da sua comunidade (Fetro, 2010).

Em 1995, foram publicadas as normas que descrevem o conhecimento e competências essenciais que os jovens a terminar o 4º, 8º e 11º ano de escolaridade deveriam ser capazes de saber e fazer. Estas normas providenciaram uma base para o desenvolvimento do currículo da educação para a saúde dos estudantes (Committee on Health Literacy, 2004). As normas definidas oferecem uma visão coerente do significado de se ter literacia em saúde, pois descrevem o conhecimento e competências essenciais para desenvolver literacia em saúde. O conhecimento deverá incluir ideias, assuntos e conceitos importantes e estáveis com vista à promoção de saúde as competências incluem formas de comunicar, raciocinar e investigar que caracterizam uma pessoa com literacia (Joint Committee on National Health Education Standards, 1997).

Estas normas foram trabalhadas de forma a integrar as características de uma boa educação e literacia no contexto da saúde. O jovem com literacia em saúde deverá apresentar quatro características:

- Pensar criticamente e solucionar problemas - Jovens com literacia em saúde deverão ser pensadores críticos e solucionadores de problemas, que conseguem identificar e direccionar criativamente os problemas relacionados com a saúde a vários níveis, quer pessoal, quer coletivo. Devem conseguir utilizar as várias fontes de informação para encontrar dados atuais, credíveis e aplicáveis necessários para a tomada de decisão, aplicando pensamento crítico juntamente com modelos de tomada de decisão com vista a atingir objetivos no contexto de promoção de saúde;

- Apresentar um papel ativo e responsável enquanto cidadão - Estes jovens devem ser cidadãos responsáveis e produtivos, realizando a sua obrigação de garantir que a sua comunidade se mantém saudável, segura e protegida de forma a que todos os cidadãos possam experienciar uma boa qualidade de vida, reconhecendo que esta obrigação começa consigo próprio. É esperado que sejam



---

jovens responsáveis que evitem comportamentos que ponham em risco a sua saúde e segurança e a de outros, bem como que apliquem princípios organizacionais e democráticos em colaboração com outras pessoas, com o objetivo de manter e melhorar a saúde individual, familiar e comunitária;

- Ser um bom aluno autodirigido - Jovens com uma boa literacia em saúde são indivíduos que conseguem autodirigir a sua aprendizagem, direcionando de forma dinâmica a sua base de conhecimento acerca de prevenção de doenças e promoção da saúde. Utilizam as competências de literacia, numeracia e de pensamento crítico para reunir, analisar e aplicar informação em saúde de acordo com as suas necessidades e prioridades ao longo da vida. Conseguem aplicar também as suas competências interpessoais e sociais nas relações, de forma a aprender com os outros e consequentemente crescer e amadurecer para níveis de *status* de saúde mais elevados;

- Ser um comunicador eficaz - Espera-se que estes jovens sejam comunicadores efetivos que organizam e transmitem crenças, ideias e informação acerca de saúde de forma oral, escrita, artística, gráfica e tecnológica, conseguindo criar um clima de compreensão e preocupação pelos outros ouvindo cuidadosamente, respondendo ponderadamente e apresentando uma conduta de apoio que encoraja os outros a expressarem-se. Conscientemente defendem opiniões, políticas e programas do melhor interesse para a sociedade e promovem a saúde pessoal, familiar e comunitária (Joint Committee on National Health Education Standards, 1997).

Joint Committee on National Health Education Standards (1995) criou sete normas de conhecimento e competências essenciais que um jovem deverá atingir para conseguir um excelente nível de literacia em saúde, e que deveriam ser desenvolvidos e atingidos através de programas de educação para a saúde nas escolas:

- Compreender conceitos relacionados com a promoção em saúde e prevenção da doença;

- Demonstrar a capacidade de aceder a informação de saúde válida e a produtos e serviços de promoção de saúde;

---

- Demonstrar a capacidade de ter comportamentos promotores de saúde e reduzir os riscos em saúde;
- Analisar a influência da cultura, *media*, tecnologia e outros fatores na saúde;
- Demonstrar a capacidade de utilizar competências de comunicação interpessoal para promover a saúde;
- Demonstrar a capacidade de utilizar metas definidas e competências de tomada de decisão para promover a saúde;
- Demonstrar a capacidade de defender a saúde pessoal, familiar e comunitária.

Cada uma destas normas é, de acordo com o Joint Committee on National Health Education Standards (1997), relacionada com os quatro objetivos descritos anteriormente, apresentando-se indicadores de performance que deverão definir os objetivos a atingir pelos jovens em cada um dos estádios (4º, 8º e 11º anos de escolaridade).

Uma revisão sistemática da literatura realizada por Sanders, Federico, Klass, Abrams, & Dreyer (2009) revela que, de acordo com os estudos analisados, a prevalência de níveis baixo de literacia em saúde de adolescentes e jovens adultos varia de 10 a 40%.

Paek, Reber, & Lariscy (2011) referem que, quanto mais frequentemente receberem informação sobre saúde de fontes como os *media*, pais, amigos e professores, maiores são os seus níveis de literacia em saúde. Já o uso da *internet* para recolher informação sobre saúde parece estar negativamente relacionado com os níveis de literacia em saúde. Para além disso, as raparigas apresentam níveis de literacia em saúde superiores aos rapazes, bem como os jovens que referem níveis de saúde superiores em relação aos que referem ser menos saudáveis, de acordo com um estudo realizado com 452 jovens a frequentar o 7º ano de escolaridade na *Georgia*, EUA.

Wu, *et al.* (2010) avaliaram a literacia de 275 adolescentes canadianos, de ambos os sexos, maioritariamente a frequentar o 10º ano de escolaridade. Concluíram que

os inquiridos que falavam outra língua para além do inglês em casa, apresentavam resultados mais baixos de literacia em saúde. Também os rapazes apresentaram resultados inferiores em relação às raparigas, bem como os adolescentes que imigraram para o país numa idade mais tardia ou que têm outra língua principal para além do inglês.

Com o objetivo de perceber a perceção e experiências dos adolescentes acerca da utilização da *internet* para procurar informação sobre saúde, Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill (2005b) realizaram um estudo de carácter qualitativo nos EUA e Reino Unido, com base em 26 *focus groups*, constituídos por adolescentes dos 11 aos 19 anos, de ambos os sexos. O principal objetivo era o de explorar as componentes funcional, crítica e interativa da literacia, através dos desafios vivenciados pelos jovens quando procuraram informação sobre saúde na *internet*. Os jovens foram questionados, nomeadamente, acerca: de situações passadas em que tivessem utilizado a *internet* para procurar informação sobre saúde; de que forma a *internet* modificou as suas atividades de trabalho/estudo e lazer; de como poderá ser utilizada a *internet* para encontrar informação sobre saúde; do grau de confiança e segurança que têm na informação *online*; e de desafios que tenham surgido quando procuravam a informação *online*. Concluíram que os jovens muitas vezes não conseguem procurar a informação sobre saúde adequada, simplesmente porque não conseguem soletrar ou escrever os termos médicos corretamente. Relativamente a esta dificuldade, os jovens sugeriram que um dicionário de termos médicos *online* poderia ajudar a colmatá-la. Frequentemente, a informação está disponível, mas os adolescentes não conseguem compreender o seu significado (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005b).

Apesar do acesso massificado à *internet* e fontes de informação eletrónicas, os jovens continuam a referir um défice de competências para pesquisar informação válida e fidedigna sobre saúde, bem como para avaliar essa mesma informação (Stellefson, *et al.*, 2011). Outro dos obstáculos apontados pelos jovens diz respeito à seleção dos *sites* fidedignos que contêm a informação pretendida, perante a grande quantidade de resultados disponíveis quando um termo ou tema é procurado num motor de busca. Páginas com informação fidedigna, bem como as que contêm opiniões e relatos pessoais, são referidas pelos jovens como

importantes, mas deverão permitir perceber de que tipo de informação se trata. Para além disso, devem possibilitar que adolescentes de várias idades consigam aceder sem dificuldade à informação (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005b).

Os jovens inquiridos por Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill (2005a) referem que a informação que procuram e encontram na *internet* já lhes permitiu modificar e melhorar alguns comportamentos, nomeadamente em relação à alimentação (dietas mais saudáveis e equilibradas) e exercício físico, bem como diminuir comportamentos de risco, como a utilização de substâncias potenciadoras de desempenho físico e intelectual. Os adolescentes referem que, por norma, consultam a *internet* numa primeira tentativa de recolher informação sobre determinado tema, sendo que procuram depois um profissional de saúde se considerarem necessário.

Diversos estudos foram já realizados em vários países, com vista a medir os níveis de e-literacia em saúde de adolescentes, utilizando para o efeito a *eHealth Literacy Scale* (eHEALS).

Um estudo realizado por Norman & Skinner (2006a), autores da escala, permitiu compreender os níveis de e-literacia em saúde de adolescentes canadianos. Foi utilizada uma amostra de 664 adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 13 e 21 anos, provenientes de 14 escolas secundárias de uma cidade canadiana e que frequentavam na altura do estudo entre o 9.º e o 11.º ano de escolaridade. Foram encontrados valores mais elevados de e-literacia em saúde no sexo masculino ( $t_{726}=2,236$ ,  $p=0,026$ ). Para além disso, não se detetaram alterações significativas nos valores de e-literacia em saúde tendo em conta a idade dos participantes, nem em relação à tecnologia de informação utilizada (*internet*, televisão, mensagens telefónicas, *e-mail*, *pager*, telemóvel). A e-literacia em saúde parece também não estar relacionada com a auto percepção sobre o estado de saúde, não sendo considerada um fator preditor do nível de saúde percebido ao longo do tempo, na amostra utilizada (Norman & Skinner, 2006a).

A e-literacia em saúde de 183 adolescentes que frequentavam o 6.º, 7.º e 8.º anos de escolaridade no estado do *Michigan*, nos EUA, foi avaliada num estudo em que

se realizou uma intervenção com vista à sua promoção. A amostra apresentou um valor médio de e-literacia em saúde de 3,44 ( $\sigma=0,58$ ). Depois de realizado um programa de promoção de e-literacia em saúde aos participantes, composto por três sessões, o valor médio subiu 0,14 ( $\sigma=0,63$ ) (Hove, Paek, & Isaacson, 2011; Paek & Hove, 2012).

Em termos europeus, um estudo realizado na Holanda, utilizando uma amostra estratificada de 88 participantes da região de *Twente*, bem como o instrumento eHEALS, revelou que os mesmos apresentavam um valor médio de e-literacia em saúde de 3,45 ( $\sigma=0,74$ ). Os valores de e-literacia em saúde encontrados diminuem com a idade e aumentam com a escolaridade dos participantes. Apesar disto, estas diferenças não são estatisticamente significativas. Já com o número de horas diárias de uso da *internet* parece existir uma correlação positiva, estatisticamente significativa, sugerindo uma influência positiva do tempo gasto em utilização da *internet* na e-literacia em saúde (Drossaert, Van Der Vaart, & Van Deursen, 2011).

Ghaddar, Valerio, Garcia, & Hansen (2012) realizaram um estudo num agrupamento escolar do *Texas*, que inclui cinco escolas, duas das quais, com formação na área da saúde. Foi utilizada uma amostra de 261 estudantes, com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos de idade, a frequentar do 9º ao 12º ano de escolaridade, sendo que 58% dos indivíduos frequentavam as escolas com formação em saúde. A amostra compreendia elementos de ambos os sexos, sendo que a maioria eram hispânicos (86%). Avaliada a e-literacia com recurso à eHEALS, foram encontrados níveis adequados de e-literacia em saúde, percebendo-se um valor médio de 3,83. Apesar disto, 37% dos indivíduos apresentaram níveis de e-literacia limitada. Níveis mais elevados de e-literacia em saúde foram encontrados nos indivíduos a frequentar as escolas com formação em saúde, e de forma global, a frequentar os anos letivos mais elevados.

#### 3.4. AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE

A avaliação dos níveis de literacia em saúde são necessários para que seja possível sugerir intervenções e estratégias de atuação adequadas às competências e capacidades da população alvo. No entanto, é necessário ter em conta que esta

avaliação depende da definição de literacia, bem como da utilidade que terão os resultados obtidos. Tal como o seu conceito, a avaliação da literacia em saúde evoluiu ao longo dos anos, tomando diferentes formas e levando à necessidade de interpretar e utilizar os resultados de forma adequada (Committee on Health Literacy, 2004).

O conceito de literacia em saúde apresenta-se como uma função partilhada de fatores individuais e sociais, englobando conhecimento cultural e conceptual, bem como competências para ouvir, falar, aritméticas, de escrita e de leitura (Baker, 2006; Committee on Health Literacy, 2004). No entanto, a maioria dos instrumentos para avaliar a literacia em saúde revelam-se inadequados, pois avaliam apenas o reconhecimento de palavras ou competências de leitura, excluindo outros componentes e competências críticas da literacia em saúde, tal como numeracia, competências de linguagem e competências de pesquisa (Committee on Health Literacy, 2004; Sanders, Federico, Klass, Abrams, & Dreyer, 2009). Os instrumentos atualmente utilizados não permitem uma distinção entre capacidades de leitura, conhecimento anterior em áreas relacionadas com a saúde (como biologia), familiaridade com linguagem e instrumentos relacionados com a saúde ou diferenças culturais no que respeita à saúde ou aos cuidados de saúde. Para além disso, não incluem por norma, competências orais ou de escrita de literacia em saúde, nem as exigências pessoais de literacia em saúde inseridas em cada contexto de saúde diferente (Committee on Health Literacy, 2004).

Não existem instrumentos de medição dos níveis de literacia em saúde, que se foquem, para além das competências de leitura de informação sobre saúde, nos comportamentos que envolvam contornar obstáculos e na sintomatologia do ambiente de cada uma das pessoas (Borzekowski, 2009). Continuam por desenvolver instrumentos mais compreensivos que avaliem a literacia em saúde num contexto, e que sejam adequados em termos de idade e desenvolvimento cognitivo dos indivíduos (Nutbeam, 2008).

Um dos termos mais familiares na avaliação da literacia em saúde é a nível de ensino. As duas utilizações deste termo não significam o mesmo. A primeira, refere-se a uma referência normativa de pontuação existente em testes referência normativos e aplica-se aos indivíduos que respondem a esses testes. A segunda,

---

resulta da aplicação de uma fórmula de facilidade de leitura que se aplica a textos e materiais escritos. O construto de nível de ensino permite posicionar os indivíduos ou grupos de indivíduos na pontuação de um teste referência normativo, ou seja, testes elaborados para que a pontuação individual possa ser definida por comparação à pontuação de um grupo representativo de indivíduos nesse mesmo teste. Nível de ensino é um tipo de pontuação transformada, havendo outras como os *percentis*, os *stanines* e as pontuações *standard* (Committee on Health Literacy, 2004).

Escalas como o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) ou o *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) foram concebidos para a avaliação da literacia funcional numa aplicação em contexto clínico. Permitem perceber se o utente apresenta competências na compreensão de textos ou no reconhecimento de palavras relacionadas com a saúde (Chisolm & Buchanan, 2007; Ickes & Cottrell, 2010; Massey, *et al.*, 2013; Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995), permitindo aos profissionais de saúde adaptar os textos e indicações ao nível de literacia do utente (Ickes & Cottrell, 2010; Massey, *et al.*, 2013; Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995). No entanto, este tipo de instrumentos foca-se, sobretudo, numa perspetiva de fatores de risco para determinadas patologias, negligenciando as dimensões de promoção de saúde que compõem o construto de literacia em saúde, tal como a autoeficácia (Massey, *et al.*, 2013). A utilização destes testes de literacia em saúde para materiais impressos no contexto da saúde, impossibilita a exploração das diferenças dos resultados em saúde obtidos pelos utentes que leem os materiais (Committee on Health Literacy, 2004), bem como a análise de competências de literacia como as competências orais (Nutbeam, 2008). Para além disso o REALM não permite avaliar a numeracia, sendo esta competência avaliada pelo TOFHLA (Chisolm & Buchanan, 2007; Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995). Existem já versões de ambos os instrumentos para a avaliação da literacia em saúde na adolescência (Chisolm & Buchanan, 2007).

Outros instrumentos como o *Newest Vital Sign* (NVS) pretendem avaliar um domínio mais interativo da literacia em saúde, procurando avaliar a competência para ler, compreender e raciocinar, aplicando conhecimentos e informação de saúde em decisões relacionadas com a saúde. O NVS foi também desenvolvido

com vista a ser utilizado por profissionais de saúde em contexto clínico (Massey, *et al.*, 2013; Shah, West, Bremmeyr, & Savoy-Moore, 2010).

Existem também outros instrumentos que se focam sobretudo na avaliação das competências de literacia funcional, como o *Health Literacy Skills Instrument* (HLSI), que utiliza cenários reais relacionados com a saúde e pretende avaliar competências de literacia em prosa, quantitativas, orais e de procura de informação eletrónica (Massey, *et al.*, 2013; McCormack, *et al.*, 2010). Permite compreender se o utente apresenta as competências necessárias para várias tarefas e assuntos relacionados com a saúde, focando-se em aspetos demasiado específicos e temas pontuais, o que poderá não ser adequado para todo o tipo de utentes (Massey, *et al.*, 2013).

Para responder ao *Wide Range Achievement Test-Revised* (WRAT-R), tal como o Instrumento para *Diagnostical Lecturas* (IDL), o indivíduo necessita de ler em voz alta uma lista de palavras que se vão tornando consecutivamente mais difíceis, sendo a pontuação obtida em função das competências de literacia em oralidade (Committee on Health Literacy, 2004). Não avaliam, no entanto, a numeracia (Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995).

O *Health Activity Literacy Scale* (HALS) pretende avaliar a literacia em saúde tendo por base um conceito mais compreensivo incluindo várias competências em saúde, como a promoção em saúde, a proteção em saúde, a prevenção de doenças a manutenção e cuidados de saúde e a utilização dos sistemas de saúde (Nutbeam, 2008).

Na Alemanha foi criado o *Critical Health Competence Test* (CHC Test), destinado à avaliação da literacia crítica em adolescentes, tendo por base quatro cenários. No entanto, não permite avaliar de forma geral a literacia em saúde, e aspetos particulares como a competência para utilizar os serviços e saúde ou competências comunicacionais (Steckelberg, Hülfenhaus, Kasper, Rost, & Mühlhauser, 2009).

Instrumentos mais adequados são necessários se for pretendida a compreensão da distribuição de literacia em saúde com o desenvolvimento de estratégias de intervenção. Avaliações adequadas da literacia em saúde permitirão estabelecer e monitorizar os seus níveis ao longo do tempo, bem como perceber a ligação entre



esses mesmos níveis e os resultados em saúde, o que leva à compreensão da eficácia das intervenções realizadas para a sua promoção (Committee on Health Literacy, 2004). Os instrumentos de avaliação da literacia em saúde precisam de incluir a avaliação da capacidade de encontrar informação sobre saúde adequada ao contexto e à idade do indivíduo a partir de fontes diversas, a capacidade de distinguir entre fontes de informação, a capacidade de compreender e adaptar a si a informação recolhida e a capacidade de aplicar a informação obtida em proveito próprio. Aceder aos níveis de literacia interativa e crítica requer a avaliação da literacia oral e competências sociais como as envolvidas na negociação e advocacia (Nutbeam, 2008). Para o desenvolvimento da promoção de saúde, os instrumentos de literacia em saúde deveriam permitir conhecer as competências pessoais para conhecer, adquirir e utilizar adequadamente os recursos internos e externos disponíveis, bem como para ser ativo em termos de saúde a nível individual, familiar e da comunidade. Indicadores desses mesmos recursos devem captar as competências de literacia em saúde funcional, interativa e crítica dos contextos diários dos indivíduos (Abel, 2008).

### 3.5. PAPEL DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DE LITERACIA EM SAÚDE

Investir na formação em literacia em saúde, significa dotar os indivíduos das competências necessárias para assumirem o controlo sobre a sua saúde, e tomar decisões informadas relacionadas com a mesma (Dominick, Dunsiger, Pekmezi, & Marcus, 2013; Nutbeam, 2008). Sendo a literacia em saúde uma união de fatores individuais, culturais e sociais, uma intervenção adequada para diminuir níveis inadequados de literacia em saúde deverá incluir o enquadramento cultural e social, o sistema educativo e o sistema de saúde, bem como a interação entre estes fatores (Committee on Health Literacy, 2004). Educação em saúde com vista a promover os conhecimentos, compreensão e capacidade para agir dos indivíduos, não deve ser apenas direcionada para a alteração de estilos de vida ou aumento da adesão aos tratamentos, mas também para o aumento da consciencialização das determinantes da saúde, aumentando as intervenções com impacto nessas determinantes (Nutbeam, 2008). Promover a literacia em saúde implica mais do

que a simples transmissão de conhecimentos, apesar de esta continuar a ser um aspeto fundamental. É importante ajudar as pessoas a desenvolver confiança para agir com base no conhecimento transmitido, bem como a capacidade para trabalhar e apoiar outros através de formas eficazes de comunicação e intervenção na comunidade (Nutbeam, 2000).

A educação em saúde, definida pela OMS “*comprises consciously constructed opportunities for learning involving some form of communication designed to improve health literacy, including improving knowledge, and developing life skills which are conducive to individual and community health*” (Nutbeam, 1998, p. 4). A educação em saúde não tem apenas como foco a comunicação da informação, mas também o aumento da motivação, competências e autoeficácia necessárias para agir em prol de uma melhor saúde. Compreende a comunicação de informação relativa às condições sociais, económicas e ambientais que têm impacto na saúde, bem como relativa a fatores de risco individuais e comportamentos de risco, e à utilização do sistema de saúde (Nutbeam, 1998).

A educação para a saúde baseada na promoção de literacia em saúde funcional, foca-se, sobretudo, na comunicação fatural de informação sobre riscos para a saúde e como utilizar o sistema de saúde, sendo que o objetivo passa pelo aumento de conhecimentos sobre fatores de risco, serviços de saúde e adesão a tratamentos prescritos. No entanto, este tipo de intervenção não apela à comunicação interativa, à promoção de competências ou autonomia. A promoção de literacia em saúde interativa envolve o desenvolvimento de competências pessoais num ambiente de suporte, através da melhoria da motivação e autoconfiança para agir com base na informação recebida. O desenvolvimento de literacia em saúde crítica engloba por sua vez o desenvolvimento cognitivo e de competências através do suporte social e políticas de ação, bem como ação individual, estimulando a capacidade individual e comunitárias para atuar nas determinantes sociais e económicas da saúde. Geralmente estas atividades resultam em benefícios pessoais, podendo estar também relacionadas com benefícios para a comunidade (Nutbeam, 2000).

A Figura 5, apresentada anteriormente ilustra os três setores que devem assumir a responsabilidade pelos níveis de literacia em saúde da população. Os setores que constituem os contextos da literacia em saúde da população são a cultura e

---

---

sociedade, o sistema de saúde e o sistema educacional, setores estes que providenciam pontos de intervenção que constituem desafios e oportunidades para promover o aumento dos níveis de literacia em saúde (Committee on Health Literacy, 2004).

Crianças e adolescentes não vêm geralmente mencionados na bibliografia como um dos riscos vulneráveis e com menos níveis de literacia em saúde. Apesar disto, as iniciativas e propostas de intervenção com vista à promoção de literacia em saúde, incluem frequentemente estas faixas etárias, mais concretamente no ambiente escolar, e com inclusão de professores, bibliotecários e enfermeiros de saúde comunitária e escolar (Borzekowski, 2009). Diminuir os baixos níveis de literacia na população implica desenvolver e melhorar o acesso efetivo a educação escolar na infância e adolescência, e na idade adulta, quando isso não foi possível anteriormente, pois atingir níveis elevados de literacia em saúde poderá não ser considerado um objetivo desenvolvimental vital, mas produzirá efeitos substanciais e benéficos na saúde pública das comunidades (Nutbeam, 2008, 2009). A literacia em saúde deve ser utilizada para avaliar a eficácia dos programas de educação em saúde escolar (Nutbeam, 2009).

Se for esperado que a relação entre doentes e profissionais de saúde seja de cooperação, e se pretender que as crianças e adolescentes se tornem mais ativos em matéria de saúde, então é essencial o desenvolvimento de competências de literacia em saúde nesta faixa etária. É importante a familiaridade com os estadios de desenvolvimento cognitivo do jovem quando se pretendem construir programas e materiais de promoção da literacia em saúde (Borzekowski, 2009).

Steckelberg, Hülfenhaus, Kasper, & Mühlhauser (2009) aplicaram um programa de desenvolvimento de literacia crítica nos adolescentes entre os 16 e 18 anos de idade (a frequentar o 11º ano de escolaridade), tendo por base a medicina baseada na evidência. Segundo os autores esta abordagem promove o aumento de autonomia dos utentes, permitindo a tomada de decisão baseada em evidência e não apenas na opinião dos profissionais de saúde. Desta forma decidiram escolher esta faixa etária, por ser uma idade desafiadora, no sentido em que se inicia a tomada de decisão independente em relação à saúde. O objetivo seria a promoção da literacia crítica, o que implica o reconhecimento da aquisição independente e

avaliação crítica de informação por parte dos jovens. Esta competência permitiria aos adolescentes lidar com inúmeras questões relacionadas com a saúde, bem como compreender as oportunidades e limitações da investigação na área da saúde.

Antes de iniciar o programa, foi questionado a 138 adolescentes quais seriam os tópicos de interesse a discutir, sendo que o mais referido foram as doenças, seguido da nutrição, tratamentos e diagnósticos, drogas, anatomia e fisiologia, desporto e *fitness*, prevenção, riscos, áreas clínicas, acidentes e lesões desportivas, naturopatia, engenharia genética, sendo os menos referidos a sexualidade e as políticas de saúde. Quando questionados acerca dos riscos a que estavam mais expostos, referiram o *stress* ambiental, seguido do tabaco, nutrição, álcool, outras drogas, *stress*, falta de desporto, doenças infecciosas, acidentes e défice nos cuidados de saúde. O programa compreendeu 22 sessões distribuídas por seis módulos, que compreendem exposição de conteúdos com discussão, *brainstorming*, debates, discussão em grupos e resolução de problemas práticos. Para além da observação participativa das sessões, a fim de observar o interesse e postura dos adolescentes perante os vários trabalhos e sessões, e da análise de reflexões e opiniões escritas por parte dos adolescentes, a sua eficácia foi avaliada tendo como base o CHC *Test*, numa metodologia pré-teste, pós-teste com grupo de controlo. Foi obtida uma evolução positiva nos adolescentes submetidos a intervenção, no que respeita ao desenvolvimento de competências críticas de literacia. Realizar este tipo de intervenção antes do término do ano letivo torna-se menos produtivo. Demonstrou-se assim que as iniciativas para promover este tipo de competências devem ser desenvolvidas numa idade o mais precoce possível, sendo que a idade em que os jovens frequentam o secundário poderá potenciar esta aprendizagem e desenvolvimento (Steckelberg, Hülfenhaus, Kasper, & Mühlhauser, 2009).

Crianças e adolescentes, que atualmente poderão ficar à margem de alguns tipos de práticas de saúde, podem ser ensinados a apresentar um papel mais ativo nos cuidados de saúde que lhe são prestados. Quando se permite aos jovens situações que reforcem a capacitação, estimulando o seu desenvolvimento, começam a tornar-se agentes de mudança, tanto para a sua própria saúde, como para a saúde

---

da comunidade, procurando ações que visem a sua manutenção ou melhoria (Borzekowski, 2009).

Promover a literacia em saúde em idade precoces tem um impacto direto na literacia em saúde em idades posteriores e é fundamental, pois os adolescentes interiorizam conhecimentos e padrões comportamentais que transportam consigo e utilizam na sua transição para a idade adulta, permitindo ao jovem a tomada de decisões adequadas e pertinentes relativamente à sua saúde, o que se refletirá em escolhas saudáveis e estilos de vida promotores de saúde durante a juventude e idade adulta (Borzekowski, 2009; Chang, 2010; Fetro, 2010; Paek & Hove, 2012). Investir nesta formação permite, não só capacitar os jovens e dotá-los de competências para melhorarem as suas decisões sobre saúde no presente, mas também, poderem tornar-se utilizadores mais conscienciosos e informados dos serviços de saúde, com maior proveito e utilização adequada da informação sobre saúde no futuro (Ghaddar, Valerio, Garcia, & Hansen, 2012).

A enfermagem pode fazer a diferença diminuindo o número de utentes com baixos níveis de literacia em saúde. O esperado será que a enfermagem providencie uma relação de parceria que permita aos utentes um sentimento de segurança e confiança nos profissionais de saúde. Para além disso deverão providenciar informação válida e aplicável em situações práticas (Squellati, 2010).

Especialmente a nível comunitário e escolar, a enfermagem deve realizar avaliações dos níveis de literacia em saúde dos adolescentes antes de desenvolver qualquer programa de informação e intervenção em saúde para esta população, devendo os mesmos estar adequados às competências de cada jovem (Chang, 2010; Sanders, Shaw, Guez, Baur, & Rudd, 2009). É pertinente a realização de grupos de jovens com níveis de literacia mais baixos, juntamente com jovens com níveis de literacia mais elevados, para que possam ensinar técnicas e discutir ideias (Sanders, Shaw, Guez, Baur, & Rudd, 2009). Para além disso, devem englobar a literacia em saúde e a sua promoção nos programas e educação em saúde, como forma de desenvolver estas competências nos jovens, promovendo a sua participação em atividades e comportamentos promotores de estilos de vida saudáveis (Chang, 2010). Devem ser reforçadas as estratégias de educação para a saúde em ambiente escolar (Yu, Yang, Wang, & Zhang, 2012). Programas de

intervenção de intensidade moderada a elevada surtem mais efeito que os programas de intensidade baixa, na promoção da literacia em saúde e diminuir os comportamentos de risco (Dennis, *et al.*, 2012).

Num programa de promoção de literacia, tendo por base a teoria Freiriana, o ideal será que o professor/educador não detenha uma posição superior ou de poder, bem como, o aluno uma posição passiva. Uma interação de sucesso entre ambos implica que o professor/educador tome consciência da realidade do aluno, tomando este um crescente controlo da sua vida, através do aumento do controlo no ambiente educacional. Aluno e professor/educador deverão comprometer-se numa relação de benefício mútuo e parceria. Tal como na relação educador/aluno na promoção de literacia, a relação profissional de saúde/utente deve ser de parceria, de forma a aumentar no utente as competências necessárias para ter controlo sobre a sua saúde e comportamentos (Borzekowski, 2009). Deve procurar-se a modelação do comportamento relacionado com a procura e utilização de informação sobre saúde dos jovens através do empoderamento e encorajando a mudança através do questionamento e demonstração de ações de autocuidado (Sanders, Shaw, Guez, Baur, & Rudd, 2009).

Todos os profissionais de saúde deverão ser treinados de forma a desenvolver as competências de comunicação, como forma de conseguir estabelecer diálogos com os jovens que lhes permitam desenvolver competências e conhecimentos (Sanders, Shaw, Guez, Baur, & Rudd, 2009). Aumentar o conhecimento, consciência e capacidade de resposta da comunidade no seu geral, e em particular dos profissionais de saúde no que respeita à literacia em saúde do seu público-alvo, levaria à redução dos baixos níveis deste tipo de literacia na população (Committee on Health Literacy, 2004).

Deve ser privilegiada a informação preventiva sobre saúde, com mensagens claras, não apenas com tópicos de prevenção e segurança, mas também acerca de serviços e intervenções de promoção de saúde existentes na comunidade. Em jovens com necessidade de intervenções a nível mais específico (obesidade, consumo de substâncias, comportamentos de risco, entre outros), a informação deverá focar-se nestes aspetos em particular, relacionados quer com a prevenção da doença e promoção da saúde, mas também com os cuidados a ter em situações

---

urgentes ou os serviços disponíveis para determinadas situações (Sanders, Shaw, Guez, Baur, & Rudd, 2009).

A incorporação dos pais e educadores neste processo de desenvolvimento de competências de literacia em saúde, em particular a e-literacia em saúde é também essencial (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005b; Hove, Paek, & Isaacson, 2011), na medida em que o conhecimento prévio de determinadas fontes de informação, como determinados *sites*, que possam ser recomendados aos jovens, permite facilitar a pesquisa realizada pelos mesmos e orientar a busca para informação adequada e correta. Para além disso, pode igualmente ser discutida com os adolescentes a informação encontrada, como forma de elucidar acerca de assuntos menos claros, ou de como aplicar corretamente a mesma em situações particulares. Dado que os pais são ainda uma fonte de informação preferencial para os adolescentes, a formação dos adultos, bem como, dos adolescentes enquanto futuros pais revela-se essencial (Al-Qallaf, Al-Otaibi, & Othman, 2012).

Os materiais escritos sobre saúde devem tornar-se amigáveis e fáceis de utilizar, criando textos com regras básicas e passos a seguir e aumentando a utilização de imagens e efeitos visuais. Também os materiais não impressos como vídeos explicativos e materiais técnicos que ajudem a seguir determinadas indicações e ter determinados comportamentos devem ser privilegiados (Sanders, Shaw, Guez, Baur, & Rudd, 2009).

Intervenções com recurso a mensagens de texto por telemóvel ou *email* são novas formas de comunicação, com recurso a novas tecnologias que os jovens utilizam em larga escala, podendo resultar em ganhos em literacia em saúde, e consequentemente comportamentos promotores de saúde (Hingle, Nichter, Medeiros, & Grace, 2013; Lim, *et al.*, 2012). Neste tipo de intervenção, as mensagens devem ser curtas, concisas, evitando ordens diretas, e privilegiando informação transposta para situações reais e concretas (Hingle, Nichter, Medeiros, & Grace, 2013).

Os profissionais de saúde devem fornecer informação em saúde utilizando as fontes mais utilizadas e consideradas mais fidedignas pela população à qual pretendem chegar (Nustad, Adams, & Moore, 2008). Conhecer onde os

adolescentes obtêm a informação, bem como a credibilidade dessas fontes é necessário para que se possa programar de forma adequada as sessões de educação para a saúde, consultas de enfermagem e informação sobre saúde a divulgar nos *media* (Ackard & Neumark-Sztainer, 2001). Apesar da *internet* não ser considerada uma fonte credível, o que poderá acontecer porque os jovens aprenderam a não confiar na informação recolhida da *internet*, a mesma possui bastantes fontes credíveis e válidas. É necessário ensinar os consumidores a reconhecer as fontes credíveis de informação sobre saúde (Nustad, Adams, & Moore, 2008).

Ghaddar, Valerio, Garcia, & Hansen (2012) e Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill (2005b) sugerem a incorporação da *internet* nos programas de intervenção escolar que abordam a saúde, como forma de proporcionar oportunidades de desenvolver as competências de literacia em saúde nos jovens, nomeadamente através do ensino acerca da procura e seleção da informação em fontes eletrónicas. Segundo Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill (2005b), parece existir evidência de que alguns jovens apresentam competências de literacia em saúde adequadamente desenvolvidas, em resultado da interação com a *internet* como fonte de informação. Alguns jovens, a partir desta procura de informação, conseguiram desenvolver competências e estratégias para desenvolver a sua literacia em saúde. Outros, reconhecem as suas dificuldades e lacunas mas não encontraram ainda forma de as ultrapassar. É de todo desejável estimular a procura de informação correta e adequada pelos jovens, a partir de programas escolares, em parceria com instituições de saúde, que visem a promoção de competências de literacia em saúde, nomeadamente de procura de informação sobre saúde *online* (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005b). Tornar a literacia em saúde um princípio fundamental dos programas de saúde escolar é primordial, pois, para além da promoção de comportamentos saudáveis pelos jovens, permite a aquisição de competências para obter, avaliar e aplicar a informação sobre saúde com sucesso (Loureiro, *et al.*, 2012).

Os participantes de um estudo realizado por (Mukherjee & Bawden, 2012) referiram como propostas de melhoria para o processo de pesquisa de informação sobre saúde *online* a melhoria de *sites* associados ao serviço de saúde, com gestão



clínica e resultados de evidência clínica, existência de mais *fóruns* oficiais, regulados por entidades de saúde, de forma a facilitar a partilha de experiências e conhecimento e o desenvolvimento de *workshops* ou *sites* acerca de informação clínica e literacia em saúde, de forma a desenvolver as competências do público em geral para procurar e analisar dados com precisão e de forma eficiente. Incluir o aconselhamento personalizado por parte de profissionais de saúde nos fóruns e *sites* ligados a serviços de saúde será preferencial a fornecer informação generalizada que exige competências de aplicação da mesma em situações específicas.



**ESTUDO EMPÍRICO**



#### **4. METODOLOGIA**

Este trabalho assenta no conceito de investigação científica, propondo-se o cumprimento de várias metas como forma de validação e produção de conhecimento científico, conhecimento este que se pretende útil na construção e desenvolvimento de intervenções de enfermagem que visem o aumento de literacia em saúde na população estudada e, conseqüentemente, a promoção de estilos de vida e de uma transição para a vida adulta mais saudáveis.

Na fase conceptual desta investigação foi precisado o problema de investigação enquadrado no tema do nosso interesse, bem como, construído um quadro de referência teórico e analisado o estado da arte atual acerca do assunto em estudo. Formulou-se, a partir do problema de investigação, o enunciado dos objetivos de investigação, questões de investigação e hipóteses, que serviram de base a todo o processo subsequente de pesquisa que se apresenta de seguida.

Na introdução deste relatório de investigação foram já apresentados, para além do problema de investigação, justificando a sua relevância social e científica, os objetivos gerais e específicos que serviram de base para o decorrer de toda a metodologia.

A fase metodológica, a que trata esta parte do trabalho, e que se desenvolverá de seguida, corresponde à etapa em que se procede de forma a conhecer as respostas às questões e hipóteses formuladas anteriormente. Desta forma, irão ser descritos os procedimentos, a população, a amostra, os métodos de colheita de dados e os instrumentos utilizados. Posteriormente serão definidos os métodos de análise de dados. Fica assim possível avançar para as fases seguintes: a análise dos dados colhidos, sua discussão e conclusões.

#### 4.1. TIPO DE ESTUDO

A abordagem metodológica selecionada para realizar este estudo é a quantitativa. Pretende-se realizar uma análise de dados numéricos obtidos a partir da recolha feita à amostra da população, tendo por base um questionário. No decorrer do desenvolvimento metodológico procurar-se-á minimizar todos os enviesamentos e variáveis estranhas que retirem a objetividade aos resultados, critério essencial para a manutenção da credibilidade do método.

Em relação ao tipo de investigação quantitativa utilizado, optou-se por um método do tipo descritivo-correlacional. Irá realizar-se uma avaliação descritiva dos resultados obtidos, relacionados com as várias variáveis em estudo, com vista à caracterização da problemática em estudo numa parte da população portuguesa. A componente correlacional permitirá perceber a natureza da relação entre as várias variáveis em estudo, definida nas hipóteses e nas questões de investigação. Foi selecionado este tipo de metodologia, por ser a que melhor se adequa aos objetivos do trabalho.

Em relação à dimensão temporal, este estudo considera-se transversal, uma vez que se pretende medir um fenómeno numa população específica, num dado momento, ou seja, a análise tem em conta a prevalência do fenómeno em estudo, num momento preciso e, numa população específica. É ainda considerado retrospectivo, no sentido de este ser “*ex post facto*”, uma vez que o material empírico reporta-se a dimensões já ocorridas.

#### 4.2. VARIÁVEIS

Para este estudo foram definidas variáveis de três tipos: dependentes, independentes e de atributo. Algumas variáveis, como a literacia em saúde e a e-literacia em saúde são categorizadas em dependentes e independentes, pois assumem ambos os papéis consoante as hipóteses e a relação entre variáveis a ser testada.

---

As variáveis dependentes consideradas foram a literacia em saúde, a e-literacia em saúde e os comportamentos promotores de saúde.

A literacia em saúde foi operacionalizada tendo em conta os sete parâmetros que a definem, de acordo com o enquadramento teórico definido: conhecimento base; aquisição de informação; implementação de estratégia; fatores que influenciam; competências de comunicação; planeamento e processo; advocacia.

Uma única dimensão foi definida na avaliação da e-literacia em saúde, o próprio conceito.

A variável comportamentos promotores de saúde foi operacionalizada tendo em conta as seis dimensões de um estilo de vida saudável, definidas pelo autor da escala: suporte social, apreciar a vida, responsabilidade pela saúde, gestão do *stress*, nutrição; exercício físico.

Como variáveis independentes, foram definidas a literacia em saúde, a e-literacia em saúde, as fontes de informação em saúde e os tópicos de informação em saúde.

Como variáveis independentes, as variáveis literacia em saúde e e-literacia em saúde mantiveram a mesma operacionalização do que como variáveis dependentes.

A variável fontes de informação em saúde foi analisada considerando determinados aspetos definidos pelo autor da escala, nomeadamente:

- Fontes de informação sobre saúde: farmacêutico; televisão; revistas; médico; *internet*; família; amigos; panfletos/brochuras;
- Local de aquisição de panfletos e brochuras: não adquirir; no médico; na farmácia; no hospital; outro local;
- Informação sobre os panfletos/brochuras: leitura imediata dos panfletos/brochuras; leitura dos panfletos/brochuras com a pessoa que os entrega; descoberta de informação útil nos panfletos/brochuras;

A variável tópicos de informação em saúde, diz respeito aos tópicos de informação em saúde sobre os quais os adolescentes receberam informação durante o último ano e foi operacionalizada de acordo com as opções possíveis de selecionar no

instrumento de colheita de dados: saúde oral; saúde sexual; nutrição; exercício físico; fumar; tópico específico; outro tópico.

As variáveis de atributo ou caracterização consideradas para este estudo, reúnem-se em dois grupos principais, variáveis sociodemográficas e variáveis de saúde pessoal:

- Variáveis sociodemográficas:

- Idade;
- Sexo: masculino; feminino;
- Localidade de residência;
- Ano de escolaridade: 10ºano/1ºano; 11ºano/2ºano; 12ºano/3ºano;
- Curso formativo frequentado: curso científico-humanístico de ciências socioeconómicas; curso científico-humanístico de ciências e tecnologias; curso científico-humanístico de artes visuais; curso científico-humanístico de línguas e humanidades; curso profissional;
- Nacionalidade: portuguesa; outra;
- Cultura: portuguesa; brasileira; do leste europeu; africana; outra;
- Tempo a viver em Portugal: desde que nasci; desde os \_\_\_ anos;
- Língua dominante para ler e escrever: portuguesa; outra;
- Língua dominante para comunicar com a família: portuguesa; outra;
- Língua dominante para comunicar com os amigos e nas relações sociais: portuguesa; outra.

- Variáveis de saúde pessoal:

- Data da última ida ao médico;
- Tipo de médico consultado: médico de medicina geral e familiar; pediatra; ortodontista/dentista; outro médico especialista;
- Frequência da ida aos serviços de saúde no último semestre: nenhuma; 1-2 vezes; 3 ou mais vezes;
- Razão pela ida ao médico no último semestre coincidente com a razão pela última ida ao médico: sim; não; não tenho a certeza;
- Iniciativa própria ou de outro para ida aos serviços de saúde: sim; não; não tenho a certeza; os meus pais; outra pessoa;



- 
- Primeira pessoa a quem se fala quando se tem um problema de saúde;
  - Satisfação da interação com o médico enquanto fonte de informação: sentir-se à vontade a falar com o médico; resposta do médico às questões colocadas; compreensão da informação dada pelo médico; seguimento dos conselhos/ordens dadas pelo médico; influência de terceiros no seguimento das indicações dadas pelo médico.

### 4.3. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Depois de percebido o estado de arte atual em relação ao tema escolhido para esta investigação e definidas todas as variáveis, foi possível elaborar as hipóteses de investigação que servirão de suporte para todo o tratamento estatístico, dado existir a necessidade de corroborar empiricamente a veracidade das mesmas.

As hipóteses definidas foram:

H<sub>1</sub> – Existem diferenças de género relativamente às fontes de informação em saúde, aos tópicos de informação em saúde, aos níveis de comportamentos promotores de saúde, aos níveis de e-literacia em saúde e aos níveis de literacia em saúde;

H<sub>2</sub> – Existem diferenças entre adolescentes a frequentar anos letivos diferentes, relativamente às fontes de informação em saúde, aos tópicos de informação em saúde, aos níveis de comportamentos promotores de saúde, aos níveis de e-literacia em saúde e aos níveis de literacia em saúde;

H<sub>3</sub> – Existe uma correlação entre a idade dos adolescentes e as fontes de informação em saúde utilizadas e os tópicos de informação em saúde;

H<sub>4</sub> – Existe uma correlação positiva entre a idade dos adolescentes e os níveis de comportamentos promotores de saúde, os níveis de e-literacia em saúde e os níveis de literacia em saúde;

H<sub>5</sub> – Existem diferenças entre adolescentes a frequentar cursos formativos diferentes, em relação aos níveis de literacia em saúde;

H<sub>6</sub> – Existem diferenças em relação aos níveis de literacia em saúde, entre adolescentes com cultura e nacionalidade portuguesa e não portuguesa;

H<sub>7</sub> – Existem diferenças nos níveis de literacia em saúde entre adolescentes que nasceram em Portugal e os que não nasceram em Portugal;

H<sub>8</sub> – Existe uma correlação positiva entre o número de anos vividos em Portugal pelos adolescentes nascidos no estrangeiro e os níveis de literacia em saúde;

H<sub>9</sub> – Existem diferenças nos níveis de literacia em saúde entre adolescentes que melhor dominam o Português ou outra língua para ler e escrever, para comunicar com a família e para comunicar com os amigos e nas relações sociais;

H<sub>10</sub> – A níveis elevados de comportamentos promotores de saúde e de literacia em saúde, correspondem níveis elevados de utilização de fontes de informação em saúde e níveis elevados de informação recebida dos tópicos de informação em saúde;

H<sub>11</sub> – A níveis elevados de e-literacia em saúde e de literacia em saúde, correspondem níveis elevados de comportamentos promotores de saúde;

H<sub>12</sub> – A níveis elevados de e-literacia em saúde correspondem níveis elevados de literacia em saúde.

H<sub>13</sub> – Os níveis de comportamentos promotores de saúde são influenciados pela utilização das fontes de informação em saúde e informação recebida acerca dos tópicos de informação em saúde;

H<sub>14</sub> – Os níveis de comportamentos promotores de saúde são influenciados pelos níveis de literacia em saúde e pelos níveis de e-literacia em saúde;

H<sub>15</sub> – Os níveis de literacia em saúde são influenciados pela utilização das fontes de informação em saúde e informação recebida acerca dos tópicos de informação em saúde;

H<sub>16</sub> – Existe dependência mútua entre conceitos de literacia em saúde e e-literacia em saúde.

#### 4.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para avaliar a literacia em saúde, a e-literacia em saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes, foi utilizada uma amostra da população alvo do estudo. Considerando as restrições temporais e financeiras inerentes à realização desta investigação foi definida como população alvo do estudo os adolescentes que frequentam o ensino secundário, no distrito de Leiria. Utilizou-se o método de amostragem não probabilístico, seleccionando-se uma amostra por conveniência, atendendo à facilidade de acesso aos participantes. Todas as escolas do distrito onde se encontra a população foram contactadas para participar no estudo, sendo que foram incluídas as que aceitaram colaborar com o investigador.

Desta forma, a amostra compreendeu alunos de duas escolas do distrito: a Escola Secundária D. Inês de Castro (186 alunos) e a Escola Secundária Domingos Sequeira (1032 alunos), perfazendo um total de 1215 casos válidos. Dos 1224 inquéritos aplicados, 6 foram anulados por se apresentarem bastante incompletos ou com respostas incongruentes que demonstravam a não leitura das questões, e 3 foram retirados da análise por não preencherem os critérios de inclusão (idade superior a 20 anos). Os 1215 casos válidos e utilizados para a análise estatística correspondem a 63,95% da população estudantil de ambas as escolas incluídas no estudo (1900 alunos no total).

A amostra de 1215 indivíduos foi considerada para toda a análise estatística necessária para a componente descritivo-correlacional, resposta às questões de investigação e verificação das hipóteses de investigação. Para a análise das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados, o número de participantes considerados variou consoante o número de respostas obtidas no instrumento em questão. Desta forma, para a validação do instrumento *eHealth Literacy Scale* (eHEALS) foram consideradas 1212 respostas, para a validação do instrumento *Adolescent Health Promotion Scale* (AHP Scale) tiveram-se em conta 1210 indivíduos, para a validação do *Health Literacy Questionnaire for Children* (HLQC), utilizaram-se 1212 respostas e para do Instrumento de Avaliação da Literacia em Saúde (IALS) foram utilizadas 1214 respostas.

Como critérios de inclusão na amostra definiram-se: ter idade compreendida entre 14 e 20 anos, frequentar o ensino secundário, numa escola do distrito de Leiria e, aceitar participar no estudo. Os critérios de exclusão incluíram não pertencer às escolas selecionadas para a amostra e não ter autorização dos encarregados de educação para participar no estudo, no caso de jovens com idade inferior a 18 anos.

#### 4.5. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados utilizado, apresentado em Anexo I, foi constituído por um questionário de autopreenchimento em formato de papel. O questionário era composto por cinco partes, nomeadamente uma primeira parte de questões relacionadas com a caracterização sociodemográfica da amostra, e quatro partes constituídas, respetivamente, por cada uma das escalas que compunham o instrumento total (eHEALS, AHP *Scale*, HLQC e IALS). As escalas originais utilizadas para a constituição do instrumento de colheita de dados apresentam-se no Anexo II.

##### 4.5.1. *eHealth Literacy Scale*

A e-literacia em saúde foi avaliada pela *eHealth Literacy Scale* (eHEALS), elaborada em 2006 por Norman e Skinner (Norman & Skinner, 2006a). Esta escala foi desenvolvida com vista à avaliação da e-literacia em saúde para um largo espectro da população e contextos. Trata-se de um instrumento de autopreenchimento, que pode ser empregue por um profissional de saúde, e que se baseia na perceção individual dos sujeitos acerca das suas próprias competências e conhecimentos, dentro de cada domínio avaliado da e-literacia em saúde. Este instrumento foi concebido com o objetivo de estimar, de forma global, as competências em e-saúde da população, podendo esta informação ser utilizada para a realização de programas de promoção de saúde individuais ou coletivos (Norman & Skinner, 2006a).

A escala é composta por oito itens de resposta tipo *Likert*, com cinco alternativas que vão desde “*strongly disagree*” a “*strongly agree*” (pontuações de 1 a 5). Dois itens suplementares foram acrescentados, sendo recomendada a sua utilização

para compreender o interesse dos respondentes em utilizar informação eletrônica em saúde, embora não constituam parte da escala. Estes itens suplementares são também de resposta tipo *Likert*, com cinco alternativas que vão de “*Not usefull at all*” a “*Very usefull*” (pontuações de 1 a 5). Pontuações mais elevadas correspondem a níveis de e-literacia em saúde mais elevados.

A eHEALS foi construída e validada para a população adolescente canadiana, tendo sido utilizada para o efeito uma amostra de 664 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 21, que provinham de 14 escolas secundárias de uma cidade do mesmo país, frequentando na altura do 9.º ao 11.º ano de escolaridade. A amostra incluiu adolescentes, de ambos os sexos, distribuídos de forma uniforme, bem como, imigrantes recentes ou não, refletindo a multiculturalidade da comunidade onde se realizou a sua aplicação. O instrumento foi aplicado em suporte de papel (Norman & Skinner, 2006a).

Na sua validação original, a escala apresentou uma consistência interna adequada, com um *Cronbach's Alpha* total de 0,88. A correlação entre os vários itens variou entre  $r=0,51$  e  $r=0,76$ . A análise fatorial de componentes principais produziu um único fator, com um autovetor=4,479 e que explica 56% da variância. A carga fatorial de cada item variou de 0,60 a 0,84, tal como se observa no Quadro 1.

Quadro 1 - Carga fatorial dos itens da eHEALS no seu autovetor

	Carga Fatorial
Item 3 - Sei quais são os recursos sobre saúde disponíveis na <i>internet</i> .	0,77
Item 4 - Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na <i>internet</i> .	0,79
Item 5 - Sei como encontrar recursos úteis sobre saúde na <i>internet</i> .	0,77
Item 6 - Sei como usar a <i>internet</i> para responder às minhas perguntas sobre saúde.	0,84
Item 7 - Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na <i>internet</i> para me ajudar.	0,81
Item 8 - Consigo avaliar os recursos sobre saúde que encontro na <i>internet</i> .	0,72
Item 9 - Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde da <i>internet</i> .	0,65
Item 10 - Sinto-me confiante a usar informação da <i>internet</i> para tomar decisões sobre saúde.	0,60

Fonte: Adaptado de Norman & Skinner (2006a)

#### 4.5.2. Adolescent Health Promotion Scale

A promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis foi avaliada, neste estudo, pela *Adolescent Health Promotion Scale* (AHP Scale) elaborada, em 2003, por Chen M.-Y. , Wang, Yang, & Liou (2003). Esta escala permite avaliar seis categorias, consideradas dimensões de um estilo de vida saudável na população

adolescente (nutrição, exercício físico, suporte social, responsabilidade pela saúde, gestão do *stresse* e apreciação da vida). O instrumento é constituído por 40 itens de resposta tipo *Likert*, distribuídos pelas subescalas tal como descrito no Quadro 2. Cada item tem cinco opções de resposta (“*Never*”, “*Rarely*”, “*Sometimes*”, “*Usually*”, “*Always*”) que permitem avaliar a frequência dos comportamentos referidos em cada um deles. Os autores criaram uma correspondência de frequência a cada uma das opções, sendo “*Never*” de 0 a 10% das vezes, “*Rarely*” de 11 a 30%, “*Sometimes*” de 31 a 60%, “*Usually*” de 61 a 80% e “*Always*” de 81 a 100% das vezes. As respostas são cotadas de 1 a 5, sendo que pontuações mais elevadas, correspondem a comportamentos promotores de saúde mais frequentes (Chen, Wang, Yang, & Liou, 2003).

Quadro 2 - Distribuição dos itens pelas subescalas da AHP *Scale*

Subescalas da AHP <i>Scale</i>	Itens
Nutrição	1 a 6
Suporte social	7 a 13
Responsabilidade pela saúde	14 a 21
Apreciar a vida	22 a 29
Exercício físico	30 a 34
Gestão do <i>stresse</i>	35 a 40

Fonte: Adaptado de Chen M.-Y. , Wang, Yang, & Liou (2003)

Inicialmente com 58 itens distribuídos por sete categorias (nutrição, exercício físico, suporte social, responsabilidade pela saúde, gestão do *stresse*, apreciação da vida e comportamentos protetores em saúde), consideradas as dimensões de um estilo de vida saudável, a AHP *Scale* sofreu um processo de validação através de um painel de peritos e *thinking aloud*, resultando numa versão de 65 itens que foi alvo de validação quantitativa (Chen, Wang, Yang, & Liou, 2003).

Para o processo de validação da AHP *Scale*, foi utilizada uma amostra representativa de adolescentes estudantes do ensino público e privado de *Taiwan*, selecionada por um processo de randomização estratificado por distrito e turmas. A amostra incluiu assim 1128 adolescentes dos 12 aos 22 anos ( $\bar{x}=16,8$ ) de ambos os sexos. Deste processo, mantiveram-se 48 dos 65 itens, tendo os restantes sido eliminados, ou retirados por apresentarem níveis de correlação superiores a 0,70 (com o objetivo de eliminar a multicolinearidade). Avaliados o *Kaiser-Meyer-Olkin* (0,942) e a *Bartlett's Sphericity* ( $\chi^2=21,609$ ;  $df=1,128$ ;  $p<0,001$ ), foi percebido que a amostra é adequada para a análise fatorial do instrumento. A análise fatorial

componente foi realizada utilizando a rotação *Varimax* com normalização *Kaiser*, tendo sido percebido que 56,4% da variância era explicada por 9 fatores percebidos, com *Eigenvalue* superior a 1,00. Nesta análise 8 itens foram eliminados por não apresentarem força suficiente num único fator, ficando a escala constituída pelos 40 itens e seis fatores finais, e que explicam 51,14% da variância (Chen, Wang, Yang, & Liou, 2003).

Após toda a metodologia que permitiu adequar o instrumento e realizar a sua versão final, foi analisada a sua consistência interna, apresentando a escala um *Cronbach's Alpha* de 0,932 (Quadro 3) e *Cronbach's Alpha* de 0,748 a 0,878 para as várias subescalas.

Quadro 3 - Consistência interna da AHP Scale e suas subescalas

Subescala	Item-subescala <i>r</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>
Suporte social	0,629 - 0,791	0,836
Apreciar a vida	0,663 - 0,803	0,878
Responsabilidade pela saúde	0,475 - 0,699	0,789
Gestão de <i>stresse</i>	0,600 - 0,718	0,770
Nutrição	0,630 - 0,729	0,755
Exercício físico	0,710 - 0,812	0,748
<b>Escala Total</b>		0,932

Fonte: adaptado de Chen, Wang, Yang, & Liou (2003)

#### 4.5.3. *Health Literacy Questionnaire for Children*

O instrumento *Health Literacy Questionnaire for Children* (HLQC) elaborado, em 2009, por Vardavas, Kondilis, Patelarou, Akrivos, & Falagas, foi utilizado neste estudo para a avaliação de três aspetos relacionados com a literacia em saúde. Esses três aspetos compreendem as três partes nas quais os autores dividem o instrumento: compreender quais os tópicos de saúde sobre os quais os jovens foram educados no último ano (nomeadamente doenças sexualmente transmissíveis, saúde oral, fumar, nutrição e exercício físico), conhecer quais as fontes de informação em saúde que utilizam (televisão, *media*, revistas, médicos, *internet*, família, amigos, panfletos e outros profissionais de saúde) e conhecer o seu estado de satisfação em relação à sua interação com o seu médico nos últimos seis meses (desconforto na discussão de determinados tópicos, a adequação das explicações do médico e o grau de cumprimento das indicações do médico). A sua validação foi realizada com base numa amostra de 369 adolescentes residentes na Grécia, com idades entre os 12 e os 18 anos.

Este instrumento inicia-se com algumas questões sociodemográficas como a idade (questão de resposta aberta), o sexo (questão dicotômica), o local de residência (questão de resposta aberta) e a cultura (questão de escolha múltipla e resposta múltipla). No instrumento elaborado pelos seus autores, as culturas possíveis de selecionar são a grega, a albanesa, a asiática e a russa, podendo ainda o jovem optar pela opção outra e escrever a qual considera pertencer. Para além das questões sociodemográficas, este instrumento compreende algumas questões que pretendem avaliar a frequência de utilização dos serviços de saúde, questionando quando foi a última vez que foram ao médico (questão de resposta aberta, devendo ser indicados o mês e ano), qual a especialidade do mesmo (médico de medicina geral e familiar, pediatra, ortodontista/dentista ou outro, devendo neste caso ser escrita a especialidade correspondente), quantas vezes o jovem foi ao médico ou hospital nos últimos seis meses (questão de escolha múltipla entre nenhuma, 1-2 vezes e 3 ou mais vezes), se as razões para as consultas ou ida ao hospital foram as mesmas pelas quais foi a última vez ao médico (questão de escolha múltipla entre sim, não e não tenho a certeza), se foram eles que pediram para ir ao médico (questão de escolha múltipla entre sim, não e não tenho a certeza) e caso não tenham sido eles a pedir para ir ao médico, quem foi (questão de escolha múltipla entre os meus pais e outra pessoa, devendo neste caso ser indicado de quem se trata).

Uma terceira parte do HLQC compreende as questões relacionadas com a literacia em saúde que dizem respeito aos três aspetos avaliados neste estudo e referidos anteriormente. Com a primeira questão pretende obter-se informação sobre os locais onde, geralmente, os jovens adquirem os panfletos/brochuras sobre saúde, sendo uma questão de escolha múltipla e resposta múltipla, de entre as opções não adquiero, no médico, na farmácia, no hospital e outro local, devendo nesta última opção, o jovem escrever de que local se trata. A questão seguinte, de resposta aberta, questiona acerca da primeira pessoa com que o adolescente fala quando tem um problema de saúde. Para compreender os tópicos sobre os quais receberam informação de saúde no último ano, está incluída uma questão de escolha e resposta múltipla, com as opções: saúde oral (dentes e gengivas), saúde sexual (doenças sexualmente transmissíveis, VIH), nutrição, exercício físico, fumar (deixar de), tópico específico, como a diabetes (nesta opção o jovem deve



especificar o tópico em resposta aberta) e outro (nesta opção o jovem deve dizer de que tópico se trata).

A última questão do questionário corresponde a 16 itens de resposta tipo *Likert*, com cinco opções de resposta, “*Not at all*”, “*Rarely*”, “*Sometimes*”, “*Often*” e “*Always*”. Os itens dizem respeito às fontes de informação sobre saúde utilizadas pelos jovens, à opinião sobre os panfletos/brochuras sobre saúde que recebem, bem com, à relação e satisfação com a interação com o seu médico, sendo que quanto mais frequentes forem os itens, mais vezes se recebe informação sobre saúde da fonte de informação referida, melhor é a opinião sobre os panfletos/brochuras e maior é a satisfação com a interação com o médico. Para analisar as respostas, os autores agruparam-nas em dois grupos (“*Not at all*” + “*Rarely*” e “*Sometimes*” + “*Often*” + “*Always*”), comparando os resultados entre os grupos definidos.

#### **4.5.4. Instrumento de Avaliação da Literacia em Saúde**

O Instrumento de Avaliação da Literacia em Saúde (IALS) foi adaptado do “*Exit Competencies*” *Assessment Instrument*, elaborado em 2004, por Garman, Hayduk, Posey, Teske, & Crider.

O instrumento original foi criado com base nos *National Health Education Standards*, elaborados pelo Joint Committee on National Health Education Standards (1995), e que tinham como objetivo principal criar *standards* e indicadores gerais de desempenho que os jovens em determinada idade deveriam atingir, para que se pudesse considerar terem uma adequada literacia em saúde.

O objetivo principal na criação deste instrumento seria o desenvolvimento de um instrumento de avaliação das competências em literacia em saúde, que refletisse as expectativas e capacidades de desempenho em saúde dos jovens do secundário, que fornecesse menor variação na interpretação das respostas e maior rapidez na sua pontuação do que os outros instrumentos possibilitavam. Foi então criado, com base numa metodologia científica, com recurso a peritos, um instrumento, que utiliza cenários que exigem, não apenas a demonstração de conhecimentos de conteúdo, mas também, a capacidade de pensar criticamente e de aplicar informação essencial sobre saúde uma situação exata, envolvendo competências

como o pensamento crítico, as capacidades de aprendizagem de um nível mais avançado, literacia em tecnologia e análise quantitativa necessária na aplicação do conhecimento. Os cenários escolhidos tiveram como temas as áreas de conteúdo que causam problemas de saúde mais significativos na adolescência, como a inatividade física, o tabagismo, o uso de álcool e outras drogas, as práticas sexuais de elevado risco, a nutrição deficiente e comportamentos que levam a ferimentos. Foi ainda selecionado um formato de escolha múltipla, de forma a minimizar a variação na interpretação das respostas (Garman, Hayduk, Posey, Teske, & Crider, 2004).

O questionário final proposto pelos autores compreendeu assim 11 cenários, cada um representativo de uma área temática (uso de substâncias, forma física, nutrição, gestão do peso, gestão do *stresse*, saúde reprodutiva/sexual, prevenção de doenças cardiovasculares, prevenção de doenças cancerígenas, segurança pessoal, assuntos do consumidor e advocacia da saúde), e 60 questões de escolha múltipla, distribuídas pelos cenários e que pretendem avaliar os 7 parâmetros definidos como essenciais para uma adequada literacia em saúde. O primeiro parâmetro, o conhecimento base, contemplou 25 questões, a aquisição de informação 9 questões, a implementação de estratégia 11 questões, os fatores que influenciam 3 questões, as competências de comunicação 5 questões, o planeamento e processo 4 questões e a advocacia em saúde contemplou 3 questões (Garman, Hayduk, Posey, Teske, & Crider, 2004).

Para a elaboração do instrumento utilizado nesta investigação, foi realizada uma adaptação deste instrumento, tendo em conta a realidade portuguesa, mas considerando todo o conceito definido pelos autores da escala original. O instrumento proposto a avaliação, Instrumento de Avaliação de Literacia em Saúde, é assim constituído por 11 cenários, cada um deles dirigido a uma de nove áreas temáticas representativas de risco em saúde ou de comportamentos de risco na adolescência, tal como se observa no Quadro 4. Constituem ainda este instrumento, 52 questões distribuídas pelos mesmos 11 cenários.

Quadro 4 - Áreas temáticas e cenários correspondentes do IALS

Cenário	Área temática	Número de Questões
1	Gestão do <i>stresse</i>	3
2	Saúde reprodutiva/sexual	4
3	Saúde reprodutiva/sexual	6
4	Exercício físico	7
5	Gestão do peso	5
6	Uso de substâncias	5
7	Segurança pessoal	4
8	Gestão do <i>stresse</i>	4
9	Prevenção de doenças cardiovasculares	6
10	Prevenção de doenças cancerígenas	6
11	Advocacia da saúde	2

As 52 questões que compõem este questionário, são questões de escolha múltipla e resposta única, com quatro opções de resposta. Pretendeu-se com cada uma destas questões, obter informação acerca de um dos parâmetros de desempenho (*standards*) para bons níveis de literacia em saúde, incluídos no *National Health Education Standards*, sendo a sua alocação a descrita no Quadro 5. Os autores da escala original designaram focos que retratam cada um dos parâmetros, o que foi mantido para facilitar a análise do instrumento.

Quadro 5 - Distribuição das questões do IALS pelos parâmetros de desempenho em literacia em saúde

Parâmetro	Foco	Questões
Os estudantes compreendem conceitos relacionados com a promoção em saúde e prevenção da doença	Conhecimento base	1, 3, 8, 14, 15, 20, 21, 26, 27, 28, 29, 35, 38, 39, 40, 45, 46
Os estudantes demonstram a capacidade de aceder a informação de saúde válida e a produtos e serviços de promoção de saúde	Aquisição de informação	2, 5, 6, 11, 17, 19, 30, 42, 50
Os estudantes demonstram a capacidade de ter comportamentos promotores de saúde e reduzir os riscos em saúde	Implementação de estratégia	4, 9, 10, 13, 18, 23, 24, 25, 33, 36, 37, 44, 49
Os estudantes analisam a influência da cultura, <i>media</i> , tecnologia e outros fatores na saúde	Fatores que influenciam	43, 47
Os estudantes demonstram a capacidade de utilizar competências de comunicação interpessoal para promover a saúde	Competências de comunicação	12, 31, 32, 34
Os estudantes demonstram a capacidade de utilizar metas definidas e competências de tomada de decisão para promover a saúde	Planeamento e processo	7, 16, 22, 41, 48
Os estudantes demonstram a capacidade de defender a saúde pessoal, familiar e comunitária	Advocacia	51, 52

#### 4.6. VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DOS INSTRUMENTOS

Três dos instrumentos utilizados (eHEALS, AHP *Scale* e HLQC) foram construídos e validados para populações de outros países, nomeadamente Canadá, Grécia e *Taiwan*, respetivamente.

De acordo com Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz (1998, 2000) e Cha, Kim, & Erlen (2007), tratando-se de instrumentos validados para países e culturas diferentes da portuguesa, incluindo uma língua diferente, torna-se necessário proceder à tradução e validação cultural das mesmas. Havendo essa necessidade para a população portuguesa, optou-se por utilizar uma metodologia de validação transcultural adaptada da metodologia apresentada por Sousa & Rojjanasrirat (2010).

Existem metodologias bem definidas para a realização da tradução, adaptação e validação cultural de instrumentos utilizados em investigação na área da saúde, mas continua a existir uma variedade significativa de abordagens utilizadas e que podem ser encontradas na literatura desta área do conhecimento (Sousa & Rojjanasrirat, 2010).

Apesar da variedade de recomendações e *guidelines* existentes, será adequado utilizar um processo abrangente, composto por várias fases, nomeadamente, tradução, adaptação e validação cultural dos instrumentos (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 1998; Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993; Sousa & Rojjanasrirat, 2010). Não é suficiente traduzir um instrumento na íntegra, devendo adaptar-se culturalmente, mantendo contudo o significado e o objetivo do instrumento original (Sperber, 2004).

Após autorizações concedidas pelos autores das escalas originais para a utilização das mesmas (Anexo III), foram realizadas duas traduções independentes de cada um dos instrumentos para a língua portuguesa, tendo sido realizado, posteriormente, um consenso das duas versões. As traduções foram executadas por tradutores portugueses, com conhecimentos de língua inglesa, um deles com conhecimentos na área da saúde. As versões de consenso foram elaboradas tendo

---

por base ambas as traduções e os instrumentos originais, após análise e discussão das diferenças encontradas em termos conceituais, de linguagem, gramática e semântica. As versões de consenso em português foram depois retraduzidas por dois tradutores ingleses, com conhecimentos de língua portuguesa e realizado novo consenso, com base na metodologia utilizada no consenso realizado anteriormente (Anexo IV). Um dos tradutores apresentava conhecimentos na área da saúde, mas nenhum dos dois conhecia os instrumentos na sua versão original.

De acordo com Sousa & Rojjanasrirat (2010) a versão final dos instrumentos deverá ser pré-testada por um grupo de 10 a 40 elementos da população a ser estudada. Estes participantes deverão ler e analisar as instruções, as questões e as respostas dos instrumentos, procurando clarificá-los e sugerir alterações e novas formulações quando necessário, como forma de melhorar o instrumento e torná-lo mais claro. Sempre que um item é considerado pouco claro, por pelo menos 20% dos participantes, deve ser alterado.

Neste processo participaram seis adolescentes, tendo sido respeitados os critérios de inclusão e exclusão da amostra. Os participantes fazem assim parte da população, tendo sido excluídos, posteriormente, da amostra. Os resultados desse processo apresentam-se no Anexo V.

Para determinar a equivalência conceptual e de conteúdo de todos os itens dos instrumentos, Sousa & Rojjanasrirat (2010) recomendam a utilização de um painel de peritos, composto por 6 a 10 elementos, com conhecimentos na área da saúde e da adolescência. Este painel deverá sugerir melhorias em termos de terminologia e linguagem, como forma de tornar os itens mais claros e legíveis. Sempre que 20% do painel considerar que é necessário alterar algum item, o mesmo deve ser revisto.

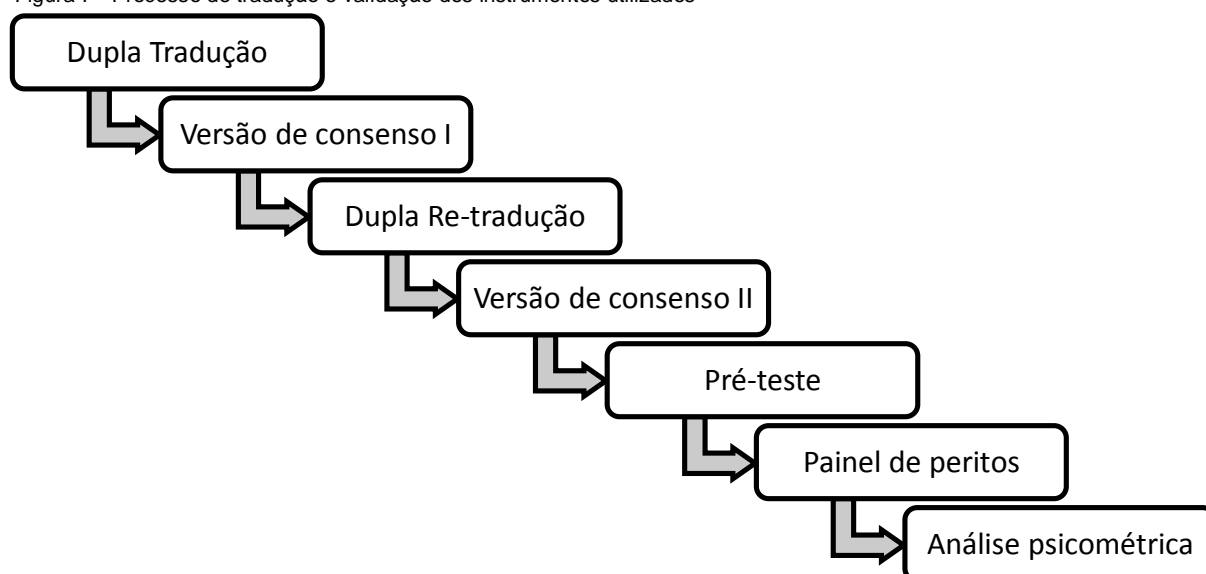
Para realizar este processo foi utilizado um painel de peritos, composto por quatro elementos. Cada um dos indivíduos foi selecionado por apresentar competências e conhecimentos em áreas distintas, nomeadamente, linguística, investigação, literacia e adolescência. A cada perito foi entregue a versão original e a versão de consenso, em português, de cada um dos instrumentos, tendo cada instrução, item e resposta sido avaliados por cada elemento. O acordo ou desacordo com os itens, bem como, as sugestões, foram apresentados em tabelas de concordância, tendo

em conta a escala: -1 (não equivalente), 0 (indeciso) e 1 (equivalente), tal como se apresenta no Anexo VI.

As escalas culturalmente adaptadas e retraduzidas foram apresentadas aos autores, de forma a obter o seu consentimento e avalo ao processo de tradução, validação e utilização científica (Anexo VII).

O último passo da tradução e validação dos instrumentos consistiu na análise psicométrica das escalas, a qual foi realizada partindo da aplicação das mesmas a uma amostra da população, que se recomenda que seja composta por um mínimo de 10 participantes por item (Sousa & Rojjanasrirat, 2010). De acordo com os mesmos autores, as abordagens psicométricas mais comuns consistem na análise da consistência interna, confiabilidade e estabilidade, homogeneidade, construção discriminante convergente e/ou divergente, dimensionalidade e ajuste de modelo. O processo utilizado na tradução e validação dos instrumentos utilizados encontra-se esquematizado na Figura 7.

Figura 7 - Processo de tradução e validação dos instrumentos utilizados



#### 4.7. MATERIAL E MÉTODOS

Depois de selecionado o tema, toda a metodologia e preparado o instrumento de colheita de dados, as escolas secundárias do distrito de Leiria foram contactadas no sentido de averiguar da sua disponibilidade para colaborar nesta investigação,

tendo sido encaminhado juntamente com o pedido, o parecer positivo da Comissão de Ética, a autorização da Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), um exemplar do instrumento de colheita de dados e os consentimentos informados para os encarregados de educação e para os próprios respondentes.

Apenas duas escolas responderam positivamente, pelo que foi realizada uma reunião com o responsável pela investigação, em cada uma delas, de forma a serem explicitados o objetivo da investigação e qual a metodologia pretendida. As autorizações apresentam-se no Anexo VIII. Foram então entregues exemplares em formato de papel do instrumento de colheita de dados, juntamente com o consentimento informado para os encarregados de educação e o consentimento informado dos adolescentes, suficientes para todos os alunos das escolas participantes. Foi solicitado que os instrumentos fossem preenchidos em ambiente de sala de aula, de forma a reduzir enviesamentos e garantir a resposta dos estudantes. As escolas que se disponibilizaram a participar no estudo, distribuindo os questionários para os que alunos os levassem para casa, foram excluídas.

De acordo com o solicitado pelo DGIDC, todos os consentimentos, quer dos encarregados de educação, quer dos adolescentes, foram preenchidos, ficando armazenados na própria escola.

Na Escola Secundária D. Inês de Castro a direção deixou à consideração dos professores o melhor momento letivo para realizar a colheita de dados que decorreu de 15 de Novembro de 2012 a 16 de Janeiro de 2013. Na Escola Secundária Domingos Sequeira, foi realizado um único momento de colheita de dados, no dia 16 de Janeiro de 2013, tendo todos os participantes respondido em simultâneo.

Para além do material já referido e necessário para a distribuição dos questionários, foi ainda utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences Version 18* (SPSS 18) para o tratamento estatístico, vários programas informáticos de processamento de texto, cálculo e desenho para a elaboração escrita do trabalho, e outro material de escritório. Foi também necessária bibliografia, que foi adquirida por via de compra e *download* eletrónico.

#### 4.8. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Ao longo do desenvolvimento do trabalho procurou-se responder a todas as questões éticas e deontológicas como forma de não lesar qualquer interveniente. Numa primeira fase, e para garantir a correta aplicação dos procedimentos, o estudo foi submetido à consideração de parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, o qual se revelou positivo (Anexo IX), após terem sido realizadas pequenas alterações. Foi solicitado a uma Comissão de Ética de uma Unidade de Investigação, dado que o local onde se pretendia colher os dados não tem Comissão de Ética associada, e seria importante perceber se a investigação respeitava todos os procedimentos éticos necessários.

Para proceder à colheita de dados a partir do questionário aos adolescentes, foi solicitada uma autorização para aplicação do mesmo nas escolas do distrito de Leiria. A autorização foi pedida em primeiro lugar à DGIDC, através do formulário *online* e conforme as indicações descritas no Despacho n.º 15 847/2007, publicado em Diário da República, Série II, de 23 de Julho. Depois de obtida esta permissão foi feito o contacto e pedido de autorização à Direção das escolas. A autorização apresenta-se no Anexo X.

O consentimento dos encarregados de educação (Anexo XI) foi solicitado depois da autorização da Direção das escolas ter sido concedida, sendo que só participaram no estudo os adolescentes que estavam autorizados pelo seu representante legal. Ficou também salvaguardado o direito de recusa de qualquer participante, ou desejo de desistência a meio do processo, tendo sido solicitado também o consentimento informado aos adolescentes (Anexo XII).

Em relação à confidencialidade dos dados obtidos esta ficou salvaguardada, quer em relação às instituições participantes, quer em relação a terceiros. Nenhum dado de qualquer adolescente participante será revelado individualmente.



#### 4.9. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico dos dados resultantes da aplicação dos questionários, e que se apresentam de seguida, foi realizado com recurso ao programa informático SPSS 18. Foi realizada a validação e análise das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados, uma análise descritiva dos dados obtidos, bem como, uma análise inferencial, como forma de demonstração da validade da relação entre as variáveis definidas e a confirmação das hipóteses de investigação, com o objetivo de responder às questões de investigação.

A validação e análise das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados foi realizada com recurso a vários testes estatísticos e técnicas, como o *Cronbach's Alpha*, análise fatorial exploratória e confirmatória e *Optimal Scaling*.

A análise descritiva foi realizada recorrendo a análise de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média, moda, mediana, quartis, mínimo, máximo e desvio padrão).

Na análise estatística inferencial, utilizaram-se também determinados testes e técnicas estatísticas, de entre os quais o teste *t-student*, o teste *one-way* ANOVA (com *Post Hoc Tukey*), o teste de *Pearson* e a regressão linear múltipla (método *Stepwise*) e simples (método *Enter*).

Em toda a análise estatística e testes realizados, foi assumido como nível de significância,  $p \leq 0,05$  para resultados significativos (destacados com \*) e  $p \leq 0,01$  para resultados muito significativos (destacados com \*\*). A probabilidade máxima aceitável para a ocorrência de Erro Tipo I foi definida em 0,05.

Como forma de apresentação dos dados, e para facilitar a interpretação dos mesmos, foram realizados, com apoio dos programas informáticos acima referidos, tabelas e gráficos representativos dos mesmos.



## 5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Depois de apresentada e descrita toda a metodologia utilizada, apresentam-se, de seguida, os resultados obtidos, a partir da colheita de dados realizada com o instrumento já apresentado.

Numa primeira abordagem serão apresentados todos os resultados referentes à análise das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados e que compõem o instrumento de colheita de dados. Posteriormente, apresentam-se os resultados descritivos das variáveis utilizadas, e no final, as técnicas inferenciais utilizadas, com vista ao estudo das relações entre as variáveis dependentes, independentes e de atributo. Algumas das tabelas com resultados são apresentadas, em Anexo XIII, como forma de facilitar a leitura do capítulo.

### 5.1. ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DOS INSTRUMENTOS

Apresenta-se, de seguida, a análise das propriedades psicométricas dos instrumentos e escalas utilizados (eHEALS, AHP *Scale*, HLQC e IALS).

#### 5.1.1. Escala de e-literacia em saúde (ELES)

No processo de tradução e validação cultural da *eHealth Literacy Scale* foi utilizada uma amostra de 1212 indivíduos, sendo que 640 (52,81%) eram do sexo masculino e 572 (47,19%) do sexo feminino. A idade dos participantes teve uma variação dos 14 aos 20 anos, sendo a média de 16,31 anos ( $\sigma=1,086$ ) e a moda 16 (34,41% dos participantes). Em relação ao ano de escolaridade, 35,23% ( $n=427$ ) dos participantes frequentavam o 10º ano/1º ano de escolaridade, 38,61% ( $n=468$ ) frequentavam o 11º ano/2º ano e 26,16% ( $n=317$ ) dos participantes frequentavam o 12º ano/3º ano de escolaridade.

As correlações entre os itens foram avaliadas pelo teste de correlação de *Pearson*. Podem observar-se correlações muito fortes entre todos os itens e, estatisticamente muito significativas ( $p < 0,001$ ), o que significa que as questões que constituem o instrumento estão relacionadas, não sendo, apesar de tudo, redundantes. Tal como se observa na Tabela 1, o valor mais baixo de correlação encontrado foi  $r = 0,123$  entre os itens 2 e 9. O mais elevado ( $r = 0,681$ ) diz respeito à correlação entre os itens 4 e 5.

Tabela 1 – Correlações de *Pearson* entre os itens da escala ELES

		Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10
Item 1	<i>r</i>										
	<i>p</i>										
Item 2	<i>r</i>	0,599									
	<i>p</i>	0,000**									
Item 3	<i>r</i>	0,352	0,342								
	<i>p</i>	0,000**	0,000**								
Item 4	<i>r</i>	0,328	0,276	0,567							
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**							
Item 5	<i>r</i>	0,349	0,319	0,504	0,681						
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**						
Item 6	<i>r</i>	0,340	0,305	0,356	0,471	0,563					
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**					
Item 7	<i>r</i>	0,338	0,324	0,320	0,3533	0,435	0,455				
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**				
Item 8	<i>r</i>	0,232	0,196	0,342	0,347	0,321	0,301	0,471			
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**			
Item 9	<i>r</i>	0,154	0,123	0,307	0,314	0,292	0,272	0,335	0,505		
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**		
Item 10	<i>r</i>	0,432	0,336	0,388	0,382	0,388	0,390	0,437	0,365	0,350	
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Quanto à consistência interna da escala, a mesma foi avaliada com recurso ao valor do de *Cronbach's Alpha*. Quando analisados os 10 itens do instrumento, o *Cronbach's Alpha* total é de 0,849, mas se analisados apenas os 8 itens da escala o *Cronbach's Alpha* total é de 0,839. Quando um dos 8 itens é retirado da escala o valor do *Cronbach's Alpha* da escala mantém-se entre 0,809 e 0,833 (Tabela 2).

Tabela 2 – Consistência interna da escala ELES se itens eliminados

	<b>Cronbach's Alpha se item eliminado</b>
Item 3 - Sei quais são os recursos sobre saúde disponíveis na <i>internet</i> .	0,821
Item 4 - Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na <i>internet</i> .	0,811
Item 5 - Sei como encontrar recursos úteis sobre saúde na <i>internet</i> .	0,809
Item 6 - Sei como usar a <i>internet</i> para responder às minhas perguntas sobre saúde.	0,820
Item 7 - Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na <i>internet</i> para me ajudar.	0,820
Item 8 - Consigo avaliar os recursos sobre saúde que encontro na <i>internet</i> .	0,824
Item 9 - Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde da <i>internet</i> .	0,833
Item 10 - Sinto-me confiante a usar informação da <i>internet</i> para tomar decisões sobre saúde.	0,826

Ao realizar o teste de consistência interna da escala através do coeficiente de *Guttman Split-half*, verifica-se que as partes da escala (compostas por 4 itens cada uma) apresentam um *Cronbach's Alpha* de 0,812 e 0,731 respetivamente, e um coeficiente de *Guttman Split-half* total de 0,735.

Quando realizado o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (0,852) e o teste de esfericidade de *Bartlett* ( $\chi^2=3322,789$ ;  $df=28$ ;  $p<0,001$ ) é possível perceber que a amostra reúne os critérios para a análise fatorial. Seguindo o caminho dos autores originais da escala que consideram uma única dimensão, (com  $\alpha=0,88$ ; explicação da variância 44,79%) efetuou-se com a amostra uma análise fatorial confirmatória a 1 fator, pelo método das componentes principais sem rotação, tendo sido encontrada uma explicação da variância de 47,578% (*Eigenvalue*=3,806) com componentes entre 0,584 (item 9) e 0,775 (item 3). No entanto, procedemos ainda a uma análise fatorial exploratória com rotação *Varimax* com normalização *Keiser* (Tabela 3) da qual resultou a extração de dois fatores explicando 60,811% do total da variância. Um primeiro fator, relacionado com a procura da informação, agregando os itens 3, 4, 5 e 6 com 34,232% de explicação da variância e um segundo fator, relacionado com a avaliação e utilização da informação encontrada com os itens 7, 8, 9 e 10, apresentando 26,579% de explicação da variância.

Tabela 3 – Análise fatorial após rotação *Varimax* com normalização *Keiser* (ELES)

Itens	1º fator	2º fator
3	0.687	
4	0.828	
5	0,850	
6	0.689	
7		0.605
8		0.819
9		0.792
10		0.526
<i>Eigenvalue</i>	3,806	1,059
% de explicação da variância	34,232	26,579

De referir ainda, que, na opção de duas dimensões (fatores) os valores do *Cronbach's Alpha* de cada um é, respetivamente, 0,814 e 0,730.

### 5.1.2 - Escala de Promoção de Saúde na Adolescência (EPSA)

Para a validação cultural e análise das propriedades psicométricas da *Adolescent Health Promotion Scale*, utilizou-se uma amostra de 1210 adolescentes, sendo que 637 (52,64%) era do sexo masculino e 573 (47,36%) do sexo feminino. 35,04% (n=424) dos adolescentes frequentavam o 10º ano/1º ano de escolaridade, 38,76% (n=469) o 11º ano/2º ano de escolaridade e 26,20% (n=317) dos jovens eram alunos do 12º ano/3º ano de escolaridade. A idade média dos jovens era de 16,31 anos ( $\sigma=1,087$ ), sendo a idade mais frequente os 16 anos (34,38%), ocorrendo uma variação da idade dos adolescentes dos 14 a 20 anos.

Foi avaliada a consistência interna da escala, tendo por base o *Cronbach's Alpha*, que é de 0,889 para a sua totalidade. Quando qualquer um dos itens é eliminado, o valor do *Cronbach's Alpha* mantém-se entre 0,883 e 0,890, tal como se observa na Tabela I do Anexo XIII.

Posteriormente, foi realizada uma análise fatorial confirmatória com seis fatores, dado que o autor da escala dividiu os seus itens por seis subescalas: nutrição, suporte social, responsabilidade pela saúde, apreciar a vida, exercício físico e gestão do *stress*. Para tal, procedeu-se à avaliação das correlações entre os itens que constituem cada subescala, através do teste de correlação de *Pearson*. Na subescala nutrição (Tabela II do Anexo XIII) encontraram-se algumas correlações fracas e estatisticamente não significativas, nomeadamente, entre os itens 3 e 1, 6

e 3, 4 e 1 e 6 e 4. No entanto, outras são muito significativas ( $p \leq 0,01$ ), sendo que os valores de correlação variam entre  $r = -0,006$  (entre os itens 6 e 4) e  $r = 0,395$  (entre os itens 5 e 3). Nas restantes subescalas, todas as correlações são significativas ( $p \leq 0,05$ ) ou muito significativas ( $p \leq 0,01$ ), sendo  $p < 0,001$  em todas as correlações das subescalas suporte social e apreciar a vida. Os valores de correlação variam de  $r = 0,228$  (entre os itens 7 e 11) a  $r = 0,764$  (entre os itens 7 e 13) na subescala suporte social (Tabela III do Anexo XIII), de  $r = 0,061$  (entre os itens 17 e 18) a  $r = 0,429$  (entre os itens 14 e 20) na subescala responsabilidade pela saúde (Tabela IV do Anexo XIII), de  $r = 0,173$  (entre os itens 22 e 24) a  $r = 0,744$  (entre os itens 22 e 23) na subescala apreciar a vida (Tabela V do Anexo XIII), de  $r = 0,079$  (entre os itens 32 e 34) a  $r = 0,569$  (entre os itens 30 e 31) na subescala exercício físico (Tabela VI do Anexo XIII) e de  $r = 0,087$  (entre os itens 35 e 40) a  $r = 0,633$  (entre os itens 36 e 37) na subescala gestão do *stresse* (Tabela VII do Anexo XIII).

Avaliado o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (0,886) e o teste de esfericidade de *Bartlett* ( $\chi^2 = 15335,387$ ;  $df = 780$ ;  $p < 0,001$ ), percebeu-se existirem critérios para a análise fatorial. Seguindo o caminho dos autores originais da escala efetuou-se, com a amostra, uma análise fatorial confirmatória a 6 fatores, pelo método das componentes principais com rotação *Varimax* com normalização *Keiser* (Tabela VIII do Anexo XIII), tendo sido encontrada uma explicação da variância total de 45,570% com *Eigenvalues* de 8,188 a 1,530 e componentes de 0,012 a 0,867.

O primeiro fator, corresponde à subescala Apreciar a vida e apresenta um *Eigenvalue* de 8,188, explica 9,966% da variância e tem componentes de 0,171 a 0,801. O segundo fator, correspondente à subescala gestão do *stresse*, explica 9,422% da variância, apresentando um *Eigenvalue* de 3,018 e componentes de 0,201 a 0,737. A subescala responsabilidade pela saúde corresponde ao terceiro fator, com 9,111% de explicação da variância, *Eigenvalue* de 2,155 e componentes de 0,299 a 0,698. O fator quatro equivale à subescala suporte social, com um *Eigenvalue* de 1,744, com 7,140% de explicação da variância e componentes de 0,190 a 0,867. A subescala exercício físico apresenta componentes de 0,244 a 0,779, um *Eigenvalue* de 1,530, explicando 5,673% da variância e corresponde ao quinto fator. O último fator, correspondente à subescala nutrição, apresenta um

*Eigenvalue* de 1,530, explica 4,257% da variância e apresenta componentes de 0,012 a 0,757.

Os valores de *Cronbach's Alpha* dos fatores analisados, variam de 0,552 a 0,843 (Tabela IX do Anexo XIII), sendo que, eliminando cada um dos itens, não existem alterações significativas nestes valores, permanecendo os *Cronbach's Alpha* das subescalas e da escala total semelhantes.

Apesar da grande dispersão de itens encontrada, preferiu manter-se a estrutura de fatorização, definida teórica e estatisticamente pelos autores, permanecendo os seis fatores ou subescalas e os itens associados a cada uma delas.

### **5.1.3 – Questionário de Literacia em Saúde para Crianças (QLSC)**

Uma amostra de 1212 adolescentes foi utilizada para avaliar as propriedades psicométricas de uma das partes do *Health Literacy Questionnaire for Children* (questões 4 a 19 do Grupo III do instrumento). As questões não referentes a este conjunto de questões referidas são, essencialmente, de caráter descritivo, pelo que, apenas serão avaliadas as propriedades psicométricas dos itens de resposta escalar.

Destes 1212 adolescentes, 638 (52,64%) era do sexo masculino e 574 (47,36%) do sexo feminino. 35,07% (n=425) dos jovens frequentavam o 10º ano/1º ano de escolaridade, 38,78% (n=470) o 11º ano/2º ano de escolaridade e 26,16% (n=317) dos adolescentes eram alunos do 12º ano/3º ano de escolaridade. A idade média dos adolescentes era de 16,31 anos ( $\sigma=1,084$ ), sendo a idade mais frequente os 16 anos (34,49%), ocorrendo uma variação da idade dos adolescentes dos 14 a 20 anos.

O *Cronbach's Alpha* do total dos itens avaliados permitiu avaliar a sua consistência interna em 0,773, sendo que em caso de eliminação de qualquer desses mesmos itens, este valor se mantém entre 0,747 e 0,786 (Tabela 4).



Tabela 4 – Consistência interna da escala QLSC se itens eliminados

	<b>Cronbach's Alpha se item eliminado</b>
Item 4 - Recebes, do teu farmacêutico, informação sobre saúde?	0,863
Item 5 - Recebes informação sobre saúde através da televisão?	0,758
Item 6 - Recebes informação sobre saúde de revistas?	0,753
Item 7 - Recebes, do teu médico, informação sobre saúde?	0,757
Item 8 - Recebes informação sobre saúde através da <i>internet</i> ?	0,761
Item 9 - Recebes informação sobre saúde através da família (pais)?	0,765
Item 10 - Recebes informação sobre saúde através de amigos?	0,759
Item 11 - Recebes informação sobre saúde de panfletos/brochuras? (fornecidos no consultório médico ou hospital)	0,747
Item 12 - Lês os panfletos assim que os recebes?	0,756
Item 13 - A pessoa que te entrega os panfletos/brochuras lê-os contigo?	0,770
Item 14 - Entras informação útil nos panfletos/brochuras?	0,752
Item 15 - Sentes-te à vontade quando falas com o teu médico?	0,768
Item 16 - O teu médico responde-te a todas as tuas perguntas?	0,762
Item 17 - Compreendes as indicações dadas pelo teu médico?	0,759
Item 18 - Segues os conselhos/ordens dados pelo teu médico?	0,762
Item 19 - As outras pessoas influenciam a forma como segues os conselhos do médico?	0,786

Os autores do instrumento não criaram qualquer subescala partindo dos itens avaliados. Apesar disto, dividiram-nos em três temas. As questões 4 a 11 foram consideradas como fazendo parte do tema fontes de informação utilizadas, os itens 12 a 14 pretendem avaliar a informação sobre saúde contida nos panfletos/brochuras, e os itens 15 a 19 permitem aceder a dados para avaliar a satisfação do adolescente em relação à sua relação/interação com o médico aquando da transmissão de informação sobre saúde.

Foram analisadas as correlações entre todos os itens (Tabela X do Anexo XIII), tendo sido encontradas correlações estatisticamente muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) e significativas ( $p \leq 0,05$ ) na sua grande maioria, existindo algumas estatisticamente não significativas ( $p > 0,05$ ). A força das correlações variou de -0,041 entre os itens 17 e 19, e 0,493 entre os itens 11 e 14.

Avaliadas as correlações entre itens, encontrou-se o valor de *Kaiser-Meyer-Olkin* (0,814) e realizou-se o teste de esfericidade de *Bartlett* ( $\chi^2=3875,364$ ;  $df=120$ ;  $p < 0,001$ ), o que permitiu perceber existirem condições para a realização de análise fatorial. Procedeu-se a uma análise fatorial exploratória com três fatores, de forma a compreender se os temas referidos pelos autores do instrumento poderão ou não ser considerados subescalas. Foi encontrada uma grande dispersão dos itens, não

permitindo a fatorização pelos temas propostos, pelo que se realizou uma análise fatorial confirmatória a um fator, com análise dos componentes principais. O fator determinado permite uma explicação da variância de 24,114%, apresenta um *Eigenvalue* de 3,858 e componentes de 0,106 (item 19) a 0,667 (item 11).

#### **5.1.4 – Instrumento de Avaliação da Literacia em Saúde (IALS)**

As propriedades psicométricas do Instrumento de Avaliação da Literacia em Saúde (IALS) foram avaliadas com recurso a uma amostra de 1214 adolescentes, sendo que 52,80% (n=641) eram do sexo masculino e 47,20% (n=573) do sexo feminino. Em relação ao ano letivo frequentado, 426 (35,09%) frequentava o 10º ano/1º ano de escolaridade, 470 (38,71%) o 11º ano/2º ano de escolaridade e 318 (26,19%) frequentavam o 12º ano/3º ano de escolaridade. A idade média dos adolescentes considerados para esta análise era de 16,31 anos ( $\sigma=1,085$ ), sendo a idade modal os 16 anos (34,43%) e havendo uma amplitude dos 14 aos 20 anos de idade.

A primeira análise realizada diz respeito à consistência interna do instrumento com recurso ao *Cronbach's Alpha*, tendo sido obtido um valor de 0,875. Avaliada a consistência interna do instrumento quando qualquer item é eliminado (Tabela XI do Anexo XIII), o valor mantém-se entre 0,869 e 0,878.

A análise das correlações entre itens, com recurso ao teste de correlação de *Pearson*, permite concluir que apesar de existirem alguns itens com correlações fracas e não significativas (itens 9, 13, 21, 26, 27, 32 e 43), a grande maioria possui boas correlações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) ou muitos significativas ( $p \leq 0,01$ ). As Tabelas XII a XV do Anexo XIII apresentam as correlações entre itens.

Para a análise de fatores foi realizado um *Optimal Scaling* através do método de análise por múltipla correspondência com sete fatores, com vista à factorização da escala de acordo com os parâmetros de desempenho de literacia em saúde definidos e avaliados pela mesma. Foi encontrado um *Cronbach's Alpha* médio de 0,594 e os *Cronbach's Alpha* das sete dimensões encontradas variaram de 0,900 a 0,183, com um *Eigenvalues* de 8,515 a 1,218 (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise de fatores pelo método *Optimal Scaling* com 52 itens

Dimensões	<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>Eigenvalue</i>	Inércia
1	0,900	8,515	0,164
2	0,441	1,762	0,034
3	0,327	1,472	0,028
4	0,233	1,296	0,025
5	0,218	1,271	0,024
6	0,191	1,230	0,024
7	0,183	1,218	0,023
Total		16,764	0,322
Média	0,594	2,395	0,046

De forma a procurar uma explicação mais consistente, foram retirados os itens com correlações baixas e não significativas na sua maioria (itens 9, 13, 21, 26, 27, 32 e 43) e realizada nova análise, tendo o novo *Cronbach's Alpha* médio sido de 0,585 e os *Cronbach's Alpha* dos sete fatores encontrados variado de 0,902 a 0,140 com *Eigenvalues* de 8,463 a 1,159 (Tabela 6).

Tabela 6 – Análise de fatores pelo método *Optimal Scaling* com 45 itens

Dimensões	<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>Eigenvalue</i>	Inércia
1	0,902	8,463	0,188
2	0,437	1,746	0,039
3	0,289	1,394	0,031
4	0,179	1,213	0,027
5	0,165	1,192	0,026
6	0,151	1,173	0,026
7	0,140	1,159	0,026
Total		16,339	0,363
Média	0,585	2,334	0,052

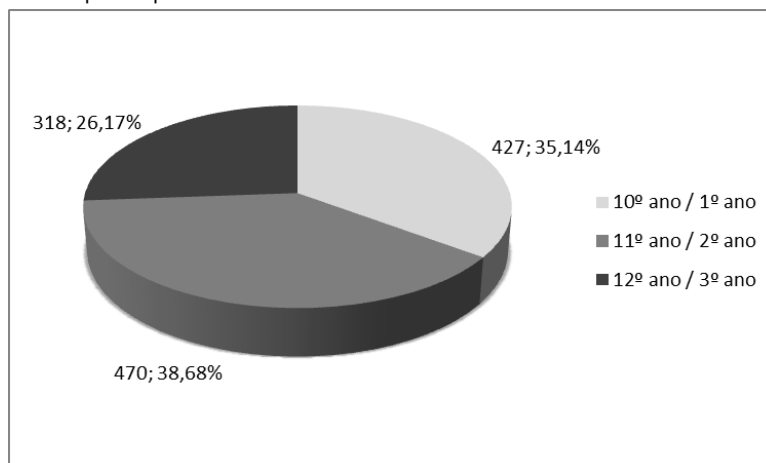
Foi também reavaliado o *Cronbach's Alpha* da escala total com os 45 itens, tendo sido obtido um valor de 0,890.

Tendo em conta que em qualquer uma das análises a dispersão de itens foi demasiado grande, bem como o fato de o *Cronbach's Alpha* não ter reagido positivamente à eliminação dos itens, preferiu-se manter toda a estrutura da escala com os 52 itens, realizando a análise de fatores *Optimal Scaling* através do método de análise por múltipla correspondência com apenas um fator, o conceito de literacia em saúde. Nesta análise obteve-se um *Cronbach's Alpha* da dimensão de 0,902, com um *Eigenvalue* de 8,463, uma inércia de 0,188 e com medidas discriminantes de 0,042 (item 19) a 0,357 (item 37).

## 5.2. ANÁLISE DESCRITIVA

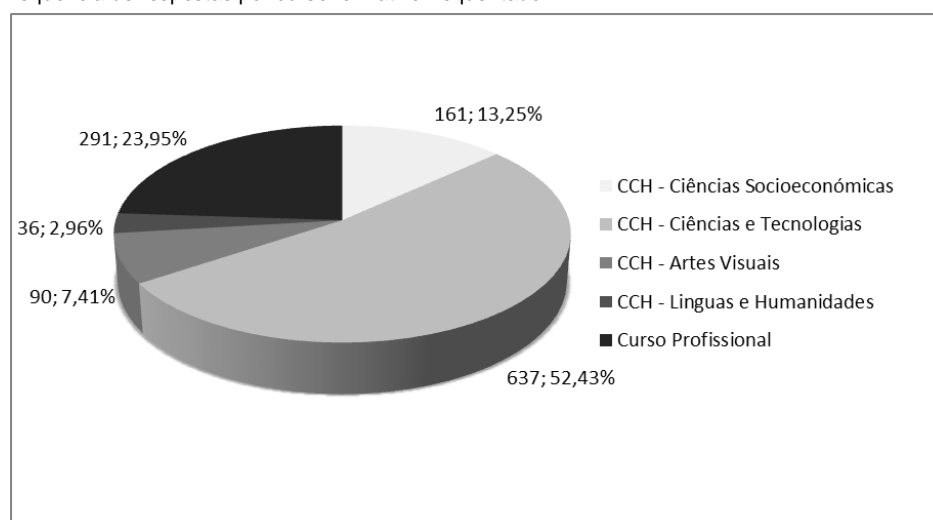
Dos 1215 respondentes, 427 (35,14%) frequentavam o 10º ano/1º ano de escolaridade, 470 (38,68%) o 11º ano/2º ano de escolaridade e 318 (26,77%) frequentavam o 12º ano/3º ano de escolaridade (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Frequência de respostas por ano de escolaridade



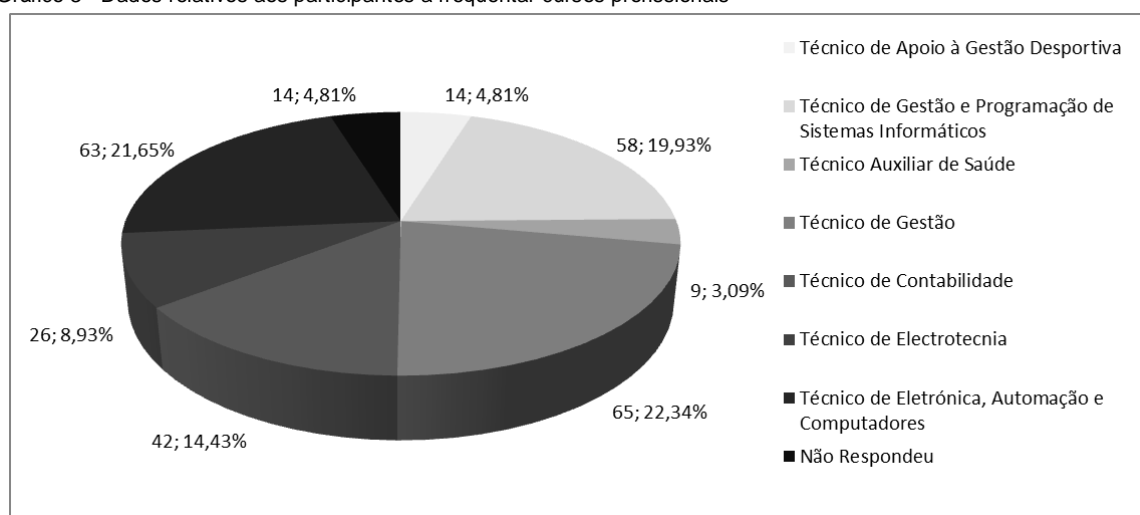
Dos respondentes, 76,05% (924) frequentavam cursos científico-humanísticos (CCH) nas suas quatro áreas disponíveis em Portugal, e 23,95% frequentavam cursos profissionais disponíveis nas respetivas escolas (Gráfico 2). O CCH mais frequentado foi o de ciências e tecnologias (frequentado por 52,43% dos inquiridos), seguido do de ciências socioeconómicas (13,25%), artes visuais (7,41%) e línguas e humanidades (2,96%).

Gráfico 2 - Frequência de respostas por curso formativo frequentado



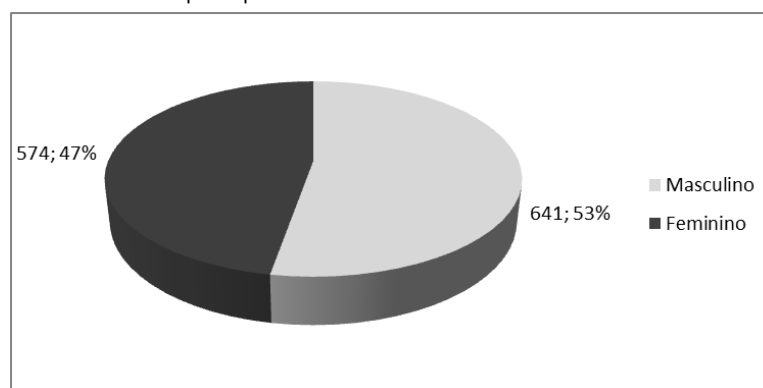
Dos Cursos Profissionais disponíveis nas escolas em que se realizou a colheita de dados, todos estão representados na amostra utilizada, com exceção do curso de instrumentista de jazz / instrumentista de sopro e percussão, tal como se observa no Gráfico 3. A maioria dos respondentes que referiu frequentar um curso profissional, frequentava o curso de técnico de gestão (22,34%), seguido do curso de técnico de eletrónica, automação e computadores (21,65%), do curso de técnico de gestão e programação de sistemas informáticos (19,93%), do curso de técnico de contabilidade (14,43%), do curso de técnico de eletrotecnia (8,93%), do curso de técnico de apoio à gestão desportiva (4,81%) e do curso de técnico auxiliar de saúde (3,09%).

Gráfico 3 - Dados relativos aos participantes a frequentar cursos profissionais



No que respeita ao sexo dos participantes, 641 (52,76%) eram do sexo masculino e 574 (47,24%) do sexo feminino, tal como se observa no Gráfico 4.

Gráfico 4 - Dados relativos ao sexo dos participantes



Quando se analisa a distribuição dos adolescentes por curso formativo, tendo em conta o seu sexo, percebe-se que, observando os resultados indicados na Tabela

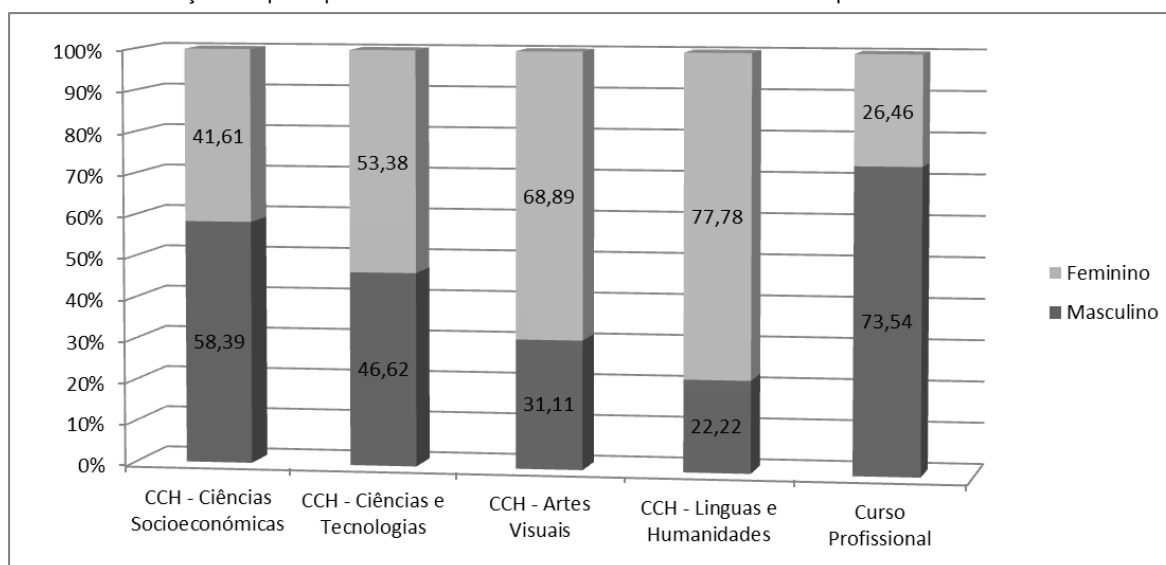
7 e Gráfico 5, o curso formativo com maior percentagem de rapazes são os cursos profissionais, e o curso formativo com maior percentagem de raparigas é o curso de línguas e humanidades.

Tabela 7 - Distribuição dos participantes tendo em conta o sexo e o curso formativo frequentado

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
<b>CCH – Ciências Socioeconómicas</b>	94	7,74	67	5,51	161	13,25
<b>CCH – Ciências e Tecnologias</b>	297	24,44	340	27,98	637	52,43
<b>CCH – Artes Visuais</b>	28	2,30	62	5,10	90	7,41
<b>CCH – Línguas e Humanidades</b>	8	0,66	28	2,30	36	2,96
<b>Curso Profissional</b>	214	17,61	77	6,34	291	23,95
<b>TOTAL</b>	641	52,76	574	47,24	1215	100,00

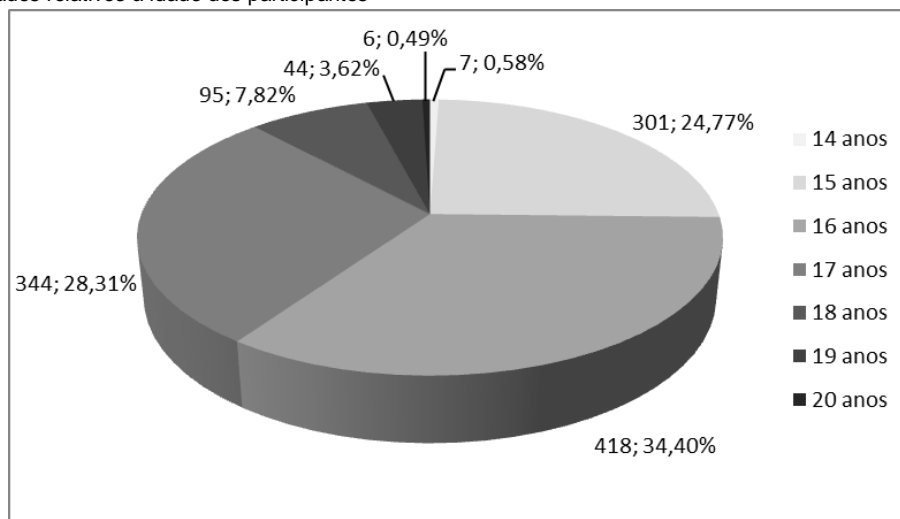
73,53% dos adolescentes a frequentar cursos profissionais são rapazes, enquanto 53,79% dos jovens a frequentar CCH são raparigas

Gráfico 5 - Distribuição dos participantes tendo em conta o sexo e o curso formativo frequentado



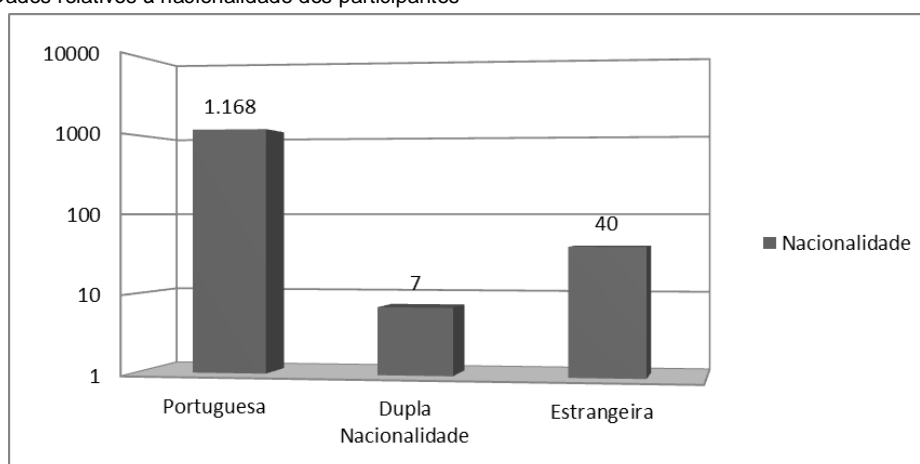
A idade dos participantes situou-se entre os 14 e os 20 anos, tendo sido excluídos os participantes com idade superior a esta. Tal como se observa no Gráfico 6, a maioria dos participantes tinha 16 anos (418 participantes, perfazendo 34,40% da amostra), 28,31% tinha 17 anos, 24,77% tinha 15 anos, 7,82% tinha 18 anos, 3,66% tinha 19 anos, e uma quantidade mínima de participantes tinham 14 e 20 anos (0,58% e 0,49%, respetivamente). A média da idade dos participantes foi de 16,31, com um desvio padrão de 1,085.

Gráfico 6 - Dados relativos à idade dos participantes



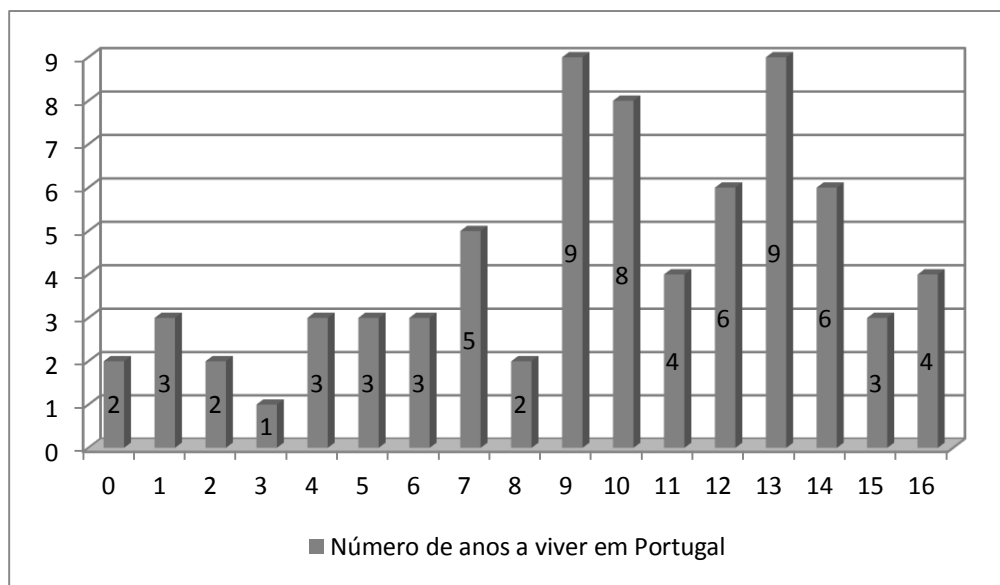
A grande maioria dos participantes afirma ser de nacionalidade portuguesa, num total de 1168 (96,13%), tal como se observa no Gráfico 7. 40 participantes (3,29%) referem ter nacionalidade estrangeira, designadamente ucraniana (n=11), suíça (n=2), francesa (n=5), canadiana (n=3), brasileira (n=8), uzbeque (n=2), espanhola (n=1), americana (n=1), russa (n=2), árabe (n=1), alemã (n=1), americana/equatoriana (n=1), dominicana (n=1) e argentina (n=1). Do total de participantes, 7 (0,58%) afirmaram ter dupla-nacionalidade (portuguesa e estrangeira), nomeadamente portuguesa/francesa (n=2), portuguesa/canadiana (n=2), portuguesa/alemã (n=1), portuguesa americana (n=1) e portuguesa/angolana (n=1). Desta forma, poderá calcular-se o número de adolescentes com nacionalidade portuguesa (n=1175; 96,71%) e o número de adolescentes com nacionalidade não portuguesa (n=47; 3,87%).

Gráfico 7 - Dados relativos à nacionalidade dos participantes



Também a maioria dos respondentes afirmou ter nascido em Portugal (n=1142; 93,99%). Os 73 participantes que não nasceram em Portugal, estão a viver no país há pelo menos 0 anos e no máximo 16 anos. O número de anos que os participantes que não nasceram em Portugal vivem no país é apresentado no Gráfico 8.

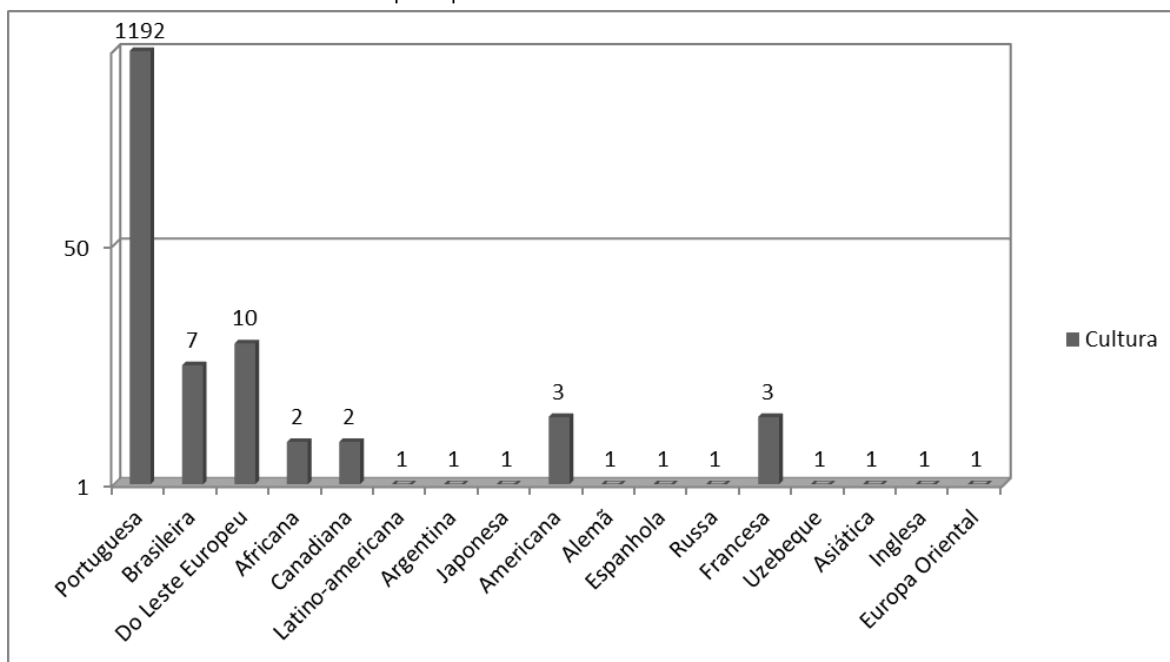
Gráfico 8 - Dados relativos ao número de anos a viver em Portugal (imigração)



Os participantes foram questionados também acerca da cultura a que consideram pertencer, sendo que, poderiam optar por uma ou mais culturas, de entre as opções portuguesa, brasileira, do leste europeu, africana, ou outra (a indicar qual). Tal como se verifica no Gráfico 9, a maioria dos participantes afirmou que pertence à cultura portuguesa (n=1192; 98,11%). 10 participantes (0,88%) referiram que pertencem à cultura do leste europeu, 7 (0,58%) referiram pertencer à cultura brasileira, 3 (0,25%) à cultura americana e igual número à cultura francesa, 2 (0,16%) à cultura africana, 2 (0,16%) à cultura canadiana, e 1 (0,08%) afirmaram pertencer às culturas latino-americana, argentina, japonesa, alemã, espanhola, russa, uzbeque, asiática, inglesa e da europa oriental. Percebe-se, assim, que 14 dos adolescentes inquiridos (1,15%) afirmou pertencer a duas culturas.



Gráfico 9 - Dados relativos à cultura dos participantes



Dada a variedade de culturas e nacionalidades encontradas, os participantes foram questionados acerca da sua percepção sobre a língua que melhor dominam para comunicar em três ambientes diferentes: para ler e escrever, para comunicar com a família e para comunicar com os amigos e nas relações sociais. A grande maioria afirmou dominar melhor a língua portuguesa nas três situações, tal como se pode verificar na Tabela 8, o que revela que o domínio de outras línguas em detrimento da língua portuguesa não é significativo.

Para ler e escrever, a maioria dos jovens referiu dominar a língua portuguesa ( $n=1188$ ; 97,78%), sendo que 27 (2,22%) referiram dominar melhor outras línguas para realizar esta tarefa, como a inglesa ( $n=12$ ), ucraniana ( $n=6$ ), francesa ( $n=2$ ), russa ( $n=3$ ), uzbeque ( $n=1$ ), alemã ( $n=1$ ) e espanhola ( $n=1$ ). Para comunicar com a família, 1184 (97,45%) afirmaram dominar melhor o português, e 31 (2,55%) adolescentes afirmaram dominar melhor outras línguas, como a inglesa ( $n=4$ ), ucraniana ( $n=10$ ), francesa ( $n=8$ ), russa ( $n=4$ ), uzbeque ( $n=1$ ), tajique ( $n=1$ ), alemã ( $n=2$ ) e árabe ( $n=1$ ). Já para comunicar com os amigos e nas relações sociais, 1203 (99,01%) afirmaram dominar o português, enquanto apenas 12 (0,99%) afirmaram dominar outras línguas, designadamente a inglesa ( $n=8$ ), ucraniana ( $n=1$ ), francesa ( $n=1$ ), alemã ( $n=1$ ) e espanhola ( $n=1$ ).

Tabela 8 - Dados relativos à percepção de domínio da língua para ler e escrever, comunicar com a família e para comunicar com os amigos e nas relações sociais

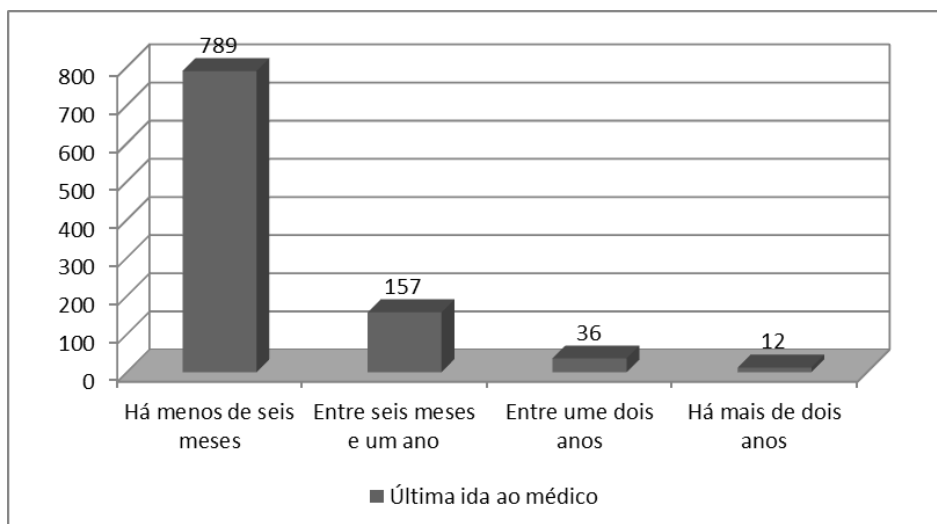
	Para ler e escrever		Para comunicar com a família		Para comunicar com os amigos e nas relações sociais	
	n	%	n	%	n	%
Português	1188	97,78	1184	97,45	1203	99,01
Inglês	12	0,99	4	0,33	8	0,66
Ucraniano	6	0,49	10	0,82	1	0,08
Francês	2	0,16	8	0,66	1	0,08
Russo	3	0,25	4	0,33	0	0,00
Uzbeque	1	0,08	1	0,08	0	0,00
Tajique	0	0,00	1	0,08	0	0,00
Alemão	1	0,08	2	0,16	1	0,08
Espanhol	2	0,16	0	0,00	1	0,08
Árabe	0	0,00	1	0,08	0	0,00
TOTAL	1215	100,00	1215	100,00	1215	100,00

Em relação à cidade/localidade em que vivem, dos 1209 (99,51%) adolescentes que responderam à questão, 1206 (99,75%) referiram viver em 89 localidades do distrito de Leiria. Os restantes 3 adolescentes (0,25%) afirmaram viver em duas localidades do distrito de Santarém.

Algumas das questões presentes no instrumento de colheita de dados, questões estas pertencentes ao instrumento HLQC, diziam respeito à frequência de utilização dos serviços de saúde, bem como, à iniciativa para a sua utilização.

A maior parte dos adolescentes inquiridos (n=789; 64,94%) foi ao médico pela última vez nos últimos 6 meses, 157 (12,92%) foram pela última vez ao médico há mais de seis meses, mas há menos de um ano, 36 (2,96%) foram ao médico pela última vez há mais de um ano, mas há menos de dois anos e 12 (0,99%) adolescentes referem ter ido ao médico pela última vez há mais de dois anos (Gráfico10). Esta questão não foi respondida por 221 (18,19%) dos adolescentes.

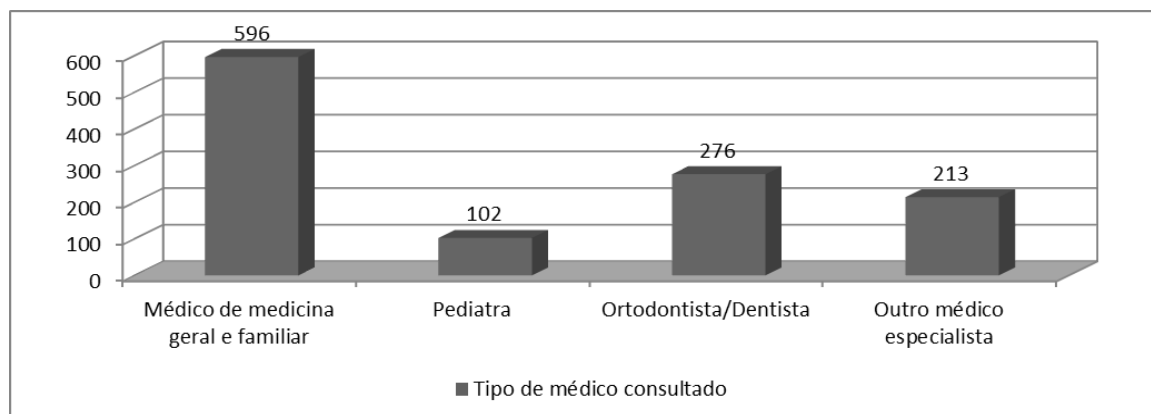
Gráfico 10 - Dados relativos à data da última ida ao médico



Quando questionados acerca do tipo de médico consultado, a maioria (n=596; 49,05%) afirmou tratar-se de um médico de medicina geral e familiar, tal como se pode verificar no Gráfico 11. O ortodontista/dentista foi o segundo médico mais visitado, tendo sido visitado por 276 (22,72%) dos jovens, seguido do pediatra (n=102; 8,40%) e outros médicos especialistas (n=213; 17,53%). 28 (2,30%) dos inquiridos não respondeu a esta questão.

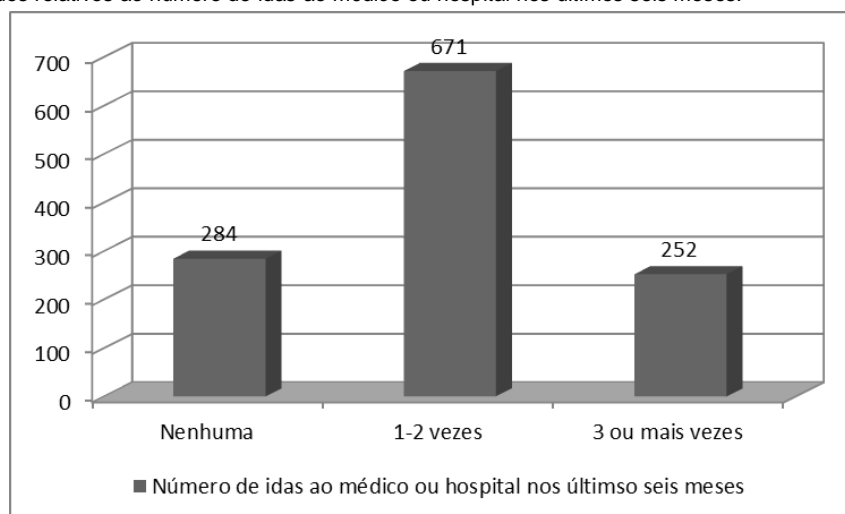
De entre os outros médicos especialistas referidos, encontram-se vários profissionais de saúde que não médicos, como os enfermeiros, tendo sido mantidas as respostas originais. Desta forma, os especialistas referidos foram: ortopedista (n=39), oftalmologista (n=38), dermatologista (n=28), otorrinolaringologista (n=18), ginecologista (n=16), alergologista (n=11), médico de medicina desportiva (n=10), cardiologista (n=7), gastroenterologista (n=6), cirurgião (n=6), pneumologista (n=5), endocrinologista (n=4), fisioterapeuta (n=4), psicólogo (n=4), neurologista (n=3), pedologista (n=3), enfermeiro (n=2), urologista (n=2), quiropata (n=2), neurocirurgião (n=2), nutricionista (n=1), médico de medicina interna (n=1) e osteopata (n=1).

Gráfico 11 - Dados relativos ao tipo de médico consultado na última consulta



Em relação ao número de vezes que afirmaram ter ido ao médico ou hospital nos últimos seis meses, 284 (23,37%) dos adolescentes responderam que não tinham ido nenhuma vez, 671 (55,2%) afirmaram ter ido uma a duas vezes e 252 (20,74%) referiram ter ido ao médico ou hospital três ou mais vezes nos últimos seis meses (Gráfico 12), não tendo havido respostas de 8 (0,66%) adolescentes.

Gráfico 12 - Dados relativos ao número de idas ao médico ou hospital nos últimos seis meses.

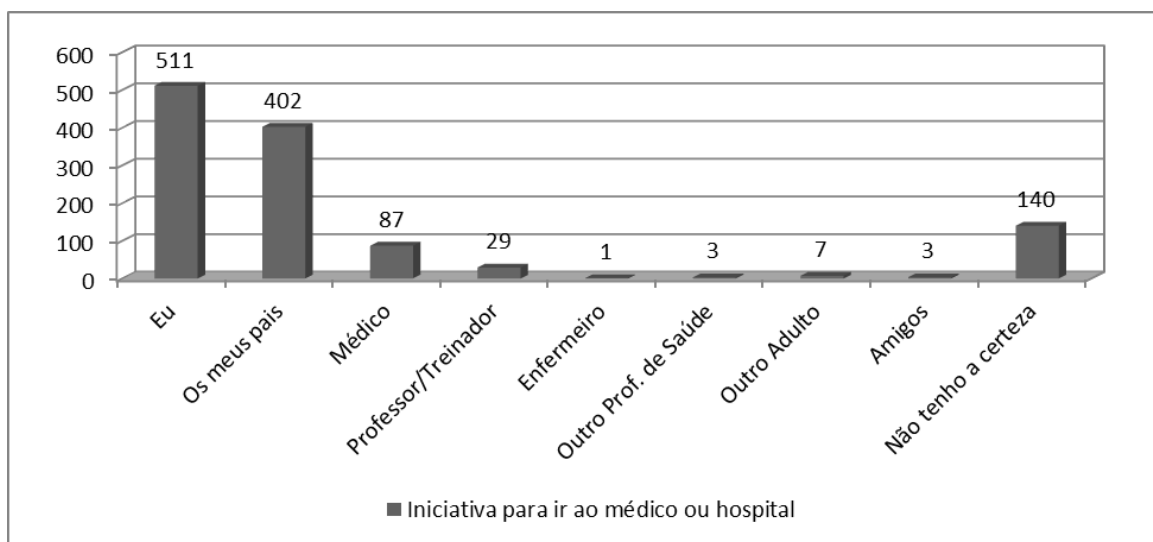


Questionado o motivo dessa(s) consulta(s), 498 (40,99%) afirmaram que o motivo era o mesmo da última consulta a que foram, 292 (24,03%) afirmaram que o motivo não era o mesmo da última consulta e 130 (10,70%) referiram não ter a certeza se o motivo era ou não o mesmo da última consulta.

Como se verifica no Gráfico 13, 511 (42,06%) dos adolescentes referiram ter sido eles a pedir para ir ao médico. 532 (43,79%) afirmaram que não foram eles a solicitar a consulta e 140 (11,52%) não têm a certeza de quem teve a iniciativa para irem ao médico ou hospital. Dos jovens que referiram não ter tido a iniciativa para

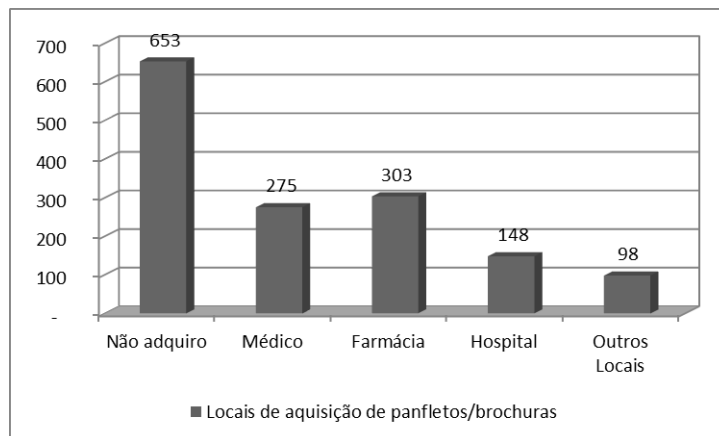
ir ao médico, 402 (33,09%) afirmaram ter sido os pais a decidir e 130 (10,70%) referiram ter sido outra pessoa a recomendar a consulta, nomeadamente: o médico (n=87), o professor/treinador (n=29), o enfermeiro (n=1), outro profissional de saúde (n=3), outro adulto (n=7) ou amigos (n=3). 32 (2,63%) jovens não responderam a esta questão.

Gráfico 13 - Dados sobre quem teve a iniciativa para o adolescente ir ao médico ou hospital



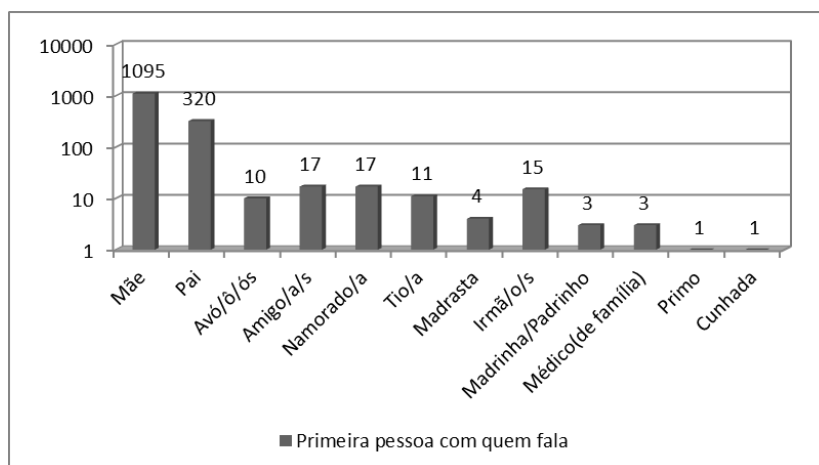
No que respeita às fontes de informação em saúde utilizadas pelos jovens, várias questões foram realizadas. Quando questionados acerca dos locais onde habitualmente adquirem panfletos/brochuras sobre saúde, os adolescentes responderam na sua maioria que não adquirem este tipo de material informativo (n=644; 53,00%), tal como se pode observar no Gráfico 14. Dos 562 (47,00%) que referiram adquirir panfletos/brochuras relacionadas com a saúde, 373 (30,70%) afirmaram que esta aquisição provém de uma única fonte, 124 (10,21%) referiram que provém de duas fontes, 53 (4,36%) de três fontes e 12 (0,99%) de quatro fontes. A fonte de aquisição mais referida foi a farmácia com 303 (34,94%) dos adolescentes a afirmarem adquirir panfletos/brochuras sobre saúde neste local. O médico foi referido por 275 (22,63%) dos inquiridos e o hospital por 148 (12,18%). Outros locais e fontes de aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde foram apontados por 98 participantes (8,07%), nomeadamente a rua/locais públicos (n=7), a escola (n=77), o centro de saúde (n=5), a mãe (n=1), o pai (n=1), o dentista (n=7), as clínicas médicas (n=1), a *internet* (n=1), o Instituto Português da Juventude (n=1) e o ginásio (n=1). 9 (0,74%) dos adolescentes não responderam a esta questão.

Gráfico 14 - Dados relativos aos locais de aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde



Os adolescentes foram questionados sobre quem é a primeira pessoa com quem falam quando têm um problema de saúde (quando estão ou se sentem doentes). O Gráfico 15 permite verificar que a resposta mais comum foi a mãe (n=1095; 90,12%), seguida do pai (n=320; 26,34%). 298 adolescentes (24,52%) responderam com mais de uma pessoa a quem recorrem quando têm um problema de saúde. Destes, 266 (21,89%) recorre a ambos os pais (mãe e pai). Os avós são uma das primeiras pessoas a quem 10 (0,82%) dos adolescentes recorrem. Os amigos ou melhor amigo são o recurso de 17 (1,40%) jovens nestas situações, seguidos do namorado ou namorada (n=17; 1,40%), tio ou tia (n=11; 0,90%), madrastra (n=4; 0,33%), irmãos (n=15; 1,23%), madrinha ou padrinho (n=3; 0,25%), médico de família (n=3; 0,25%), primo (n=1; 0,08%) e cunhada (n=1; 0,08%). 26 (2,14%) jovens não responderam a esta questão.

Gráfico 15 - Dados relativos à primeira pessoa com quem o adolescente fala quando tem um problema de saúde



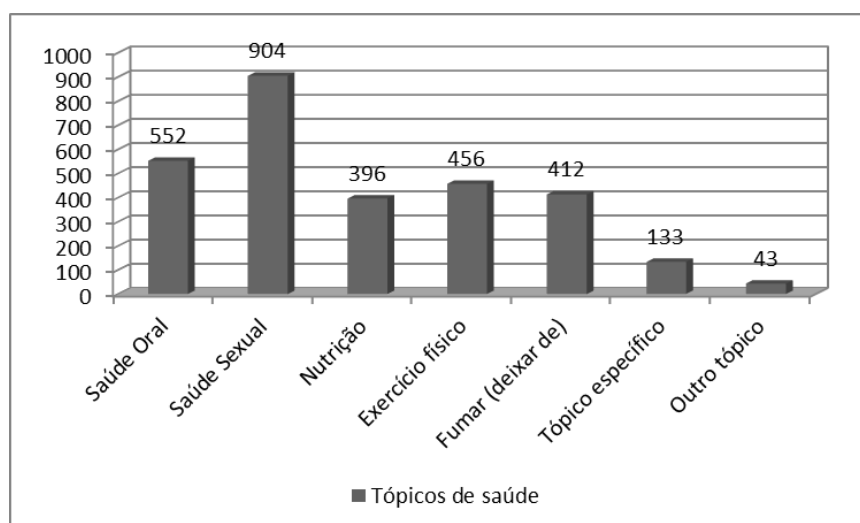
Outra das questões realizadas diz respeito aos tópicos de saúde sobre os quais os adolescentes receberam alguma informação durante o último ano. Dos tópicos

disponíveis para seleção, a saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) foi o que obteve mais respostas (n=904; 74,40%), seguida da saúde oral (dentes e gengivas) com 552 respostas (45,43%), do exercício físico (n=456; 37,53%), do fumar (parar de) com 412 respostas (33,91%) e da nutrição (n=396; 32,59%), tal como se pode verificar no Gráfico 16.

Dos inquiridos, 133 (10,95%) e 43 (3,54%) adolescentes, selecionaram a opção de tópico específico e outro tópico, respetivamente, sendo que indicaram os tópicos: diabetes (n=97), álcool (n=3) e outras drogas (n=11), lesões musculares (n=1) e rotura de ligamentos (n=1), colesterol (n=4), hipoglicémia (n=1), transtornos mentais como a esquizofrenia (n=1), transtorno obsessivo-compulsivo (n=1), hiperatividade (n=1) e depressão (n=1), alergias (n=3), tópicos ligados a pneumologia como a bronquite (n=1), respiração (n=1), asma (n=4), gripe A (n=1), constipações (n=1), apneia do sono (n=1) e pneumologia propriamente dita (n=1), tópicos ligados a gastroenterologia como doença de *Crohn* (n=2), fígado (n=2) e hepatites (n=1), tópicos ligados a hematologia como a galactosemia (n=1), anemia (n=2) e sangue (n=1), temas associados a ginecologia como o Vírus do Papiloma Humano (n=2), cancro da mama (n=1), ovários poliquísticos (n=1) e ginecologia propriamente dita (n=1), hematocromatose (n=1), fibrose quística (n=1), onicomicose (n=1), formações quísticas (n=1), joanetes (n=1), escoliose (n=2), obesidade (n=1), ortopedia (n=7), audição (n=2), oftalmologia (n=4), sono (n=2), cardiologia (n=3), psicologia (n=1), cirurgia (n=1), neurologia (n=1), cuidados à pele (n=1), otorrinolaringologia (n=2), nefrologia (n=2), tiróide (n=2), estomatologia (n=1) e baço (n=1).

Alguns adolescentes não responderam a esta questão (n=37; 3,05%), enquanto outros indicaram mais de um tópico. 333 (27,41%) adolescentes referiram apenas um tópico sobre o qual receberam informação no último ano, 323 (26,58%) referiram dois tópicos, 268 (22,06%) indicaram três tópicos, 154 (12,67%) indicaram quatro tópicos, 90 (7,41%) adolescentes referiram cinco tópicos e 10 (0,82%) referiram seis tópicos sobre os quais receberam informação no último ano.

Gráfico 16 - Dados relativos aos tópicos de saúde sobre os quais os adolescentes receberam informação durante o último ano



Os itens 4 a 11 da escala HLQC dizem respeito às fontes de informação utilizadas pelos jovens. A maioria dos adolescentes referiram receber informação sobre saúde do farmacêutico (item 4) às vezes ( $n=368$ ; 30,29%), raramente ( $n=329$ ; 27,08%) ou nunca ( $n=356$ ; 29,30%). Pela televisão (item 5), grande parte dos adolescentes refere receber informação sobre saúde raramente ( $n=257$ ; 21,15%), às vezes ( $n=625$ ; 51,44%) e muitas vezes ( $n=245$ ; 20,16%). Muitos jovens referem que recebem informação sobre saúde nunca ( $n=238$ ; 19,59%), raramente ( $n=389$ ; 32,02%) ou às vezes ( $n=444$ ; 36,54%) pelas revistas (item 6). O médico é uma fonte frequente de informação em saúde (item 7), tendo 312 (25,68%), 424 (34,90%) e 304 (25,02%) inquiridos respondido que recebem informação sobre saúde desta fonte às vezes, muitas vezes e sempre, respetivamente. Em relação à *internet* (item 8), 299 (24,61%), 472 (38,85%) e 294 (24,20%) responderam que recebem informação de saúde por esta fonte raramente, às vezes e muitas vezes, respetivamente. A maioria dos participantes afirma que a família (item 9) é uma fonte de informação em saúde às vezes ( $n=409$ ; 33,66%), muitas vezes ( $n=513$ ; 42,22%) e sempre ( $n=201$ ; 16,54%), enquanto os amigos (item 10) o são raramente ( $n=434$ ; 35,72%), às vezes ( $n=504$ ; 41,48%) e muitas vezes ( $n=137$ ; 11,28%). Os panfletos/brochuras fornecidos no hospital ou médico (item 11), são segundo os jovens inquiridos, uma fonte de informação em saúde nunca ( $n=186$ ; 15,31%), raramente ( $n=449$ ; 36,95%) e às vezes ( $n=389$ ; 32,02%).



A fonte de informação em saúde mais utilizada são o médico ( $\bar{x}=3,68$ ;  $\sigma=1,077$ ) e a família, nomeadamente os pais ( $\bar{x}=3,67$ ;  $\sigma=0,851$ ), sendo as menos utilizadas os farmacêuticos ( $\bar{x}=2,29$ ;  $\sigma=1,099$ ) e as revistas ( $\bar{x}=2,41$ ;  $\sigma=0,952$ )

Os itens seguintes do instrumento, o item 12, 13 e 14 dizem respeito à informação contida nos panfletos/brochuras que os jovens recebem no hospital ou consultório médico. Dos inquiridos, 307 (25,27%), 407 (33,50%) e 233 (19,18%) adolescentes afirmaram que raramente, às vezes ou muitas vezes leem os panfletos/brochuras assim que os recebem (item 12). Uma percentagem menor referiu que nunca o faz ( $n=130$ ; 10,70%) ou que o faz sempre ( $n=133$ ; 10,95%). A grande maioria dos adolescentes ( $n=804$ ; 66,17%) afirmou que a pessoa que entrega os panfletos/brochuras nunca os lê com o jovem (item 13), e 294 (24,20%) afirmam que isso raramente acontece. Apenas 4 (0,33%) adolescentes referiram que quem entrega os panfletos/brochuras os lê com ele. No que respeita à utilidade da informação encontrada nos panfletos/brochuras (item 14), 84 (6,91%) jovens referiram que nunca é útil, 146 (12,02%) disseram que raramente é útil, 624 (51,36%) afirmou ser útil às vezes, 288 (23,70%) disseram ser útil muitas vezes e 69 (5,68%) afirmou que essa informação é sempre útil.

Os itens restantes, itens 15 a 19, referem-se ao grau de satisfação com a interação com o médico no que respeita à informação sobre saúde, bem como ao cumprimento das indicações dadas pelo clínico. A maior parte dos adolescentes referiu sentir-se à vontade quando fala com o seu médico (item 15) às vezes ( $n=402$ ; 33,09%), muitas vezes ( $n=339$ ; 27,90%) e sempre ( $n=323$ ; 26,58%). 662 (54,49%), 362 (29,79%) e 133 (10,95%) dos inquiridos afirmaram que o seu médico responde sempre, muitas vezes e às vezes a todas as suas perguntas (item 16). De acordo com o respondido pelos jovens, 458 (37,70%) compreende sempre as indicações dadas pelo clínico (item 17), 533 (43,87%) compreende muitas vezes, 181 (14,90%) referiu compreender às vezes, 23 (1,89%) raramente compreende as indicações fornecidas e 14 (1,15%) afirmou que nunca compreende as indicações que lhe são transmitidas pelo médico. A grande maioria dos participantes afirmou seguir as indicações dadas pelo médico (item 18), sendo que 399 (32,84%) referiu fazê-lo sempre, 542 (44,61%) afirmou fazê-lo muitas vezes e 208 (17,12%) disse fazê-lo às vezes. Relativamente à influência de outras pessoas na forma como

seguem os conselhos médicos (item 19), 335 (27,57%) afirmaram que nunca influencia, 403 (33,17%) dos jovens afirmou que influencia raramente, 308 (25,35%) referiu influenciar às vezes, 131 (10,78%) disseram influenciar muitas vezes e 24 (1,98%) afirmaram que as outras pessoas influenciam sempre a forma como seguem os conselhos médicos.

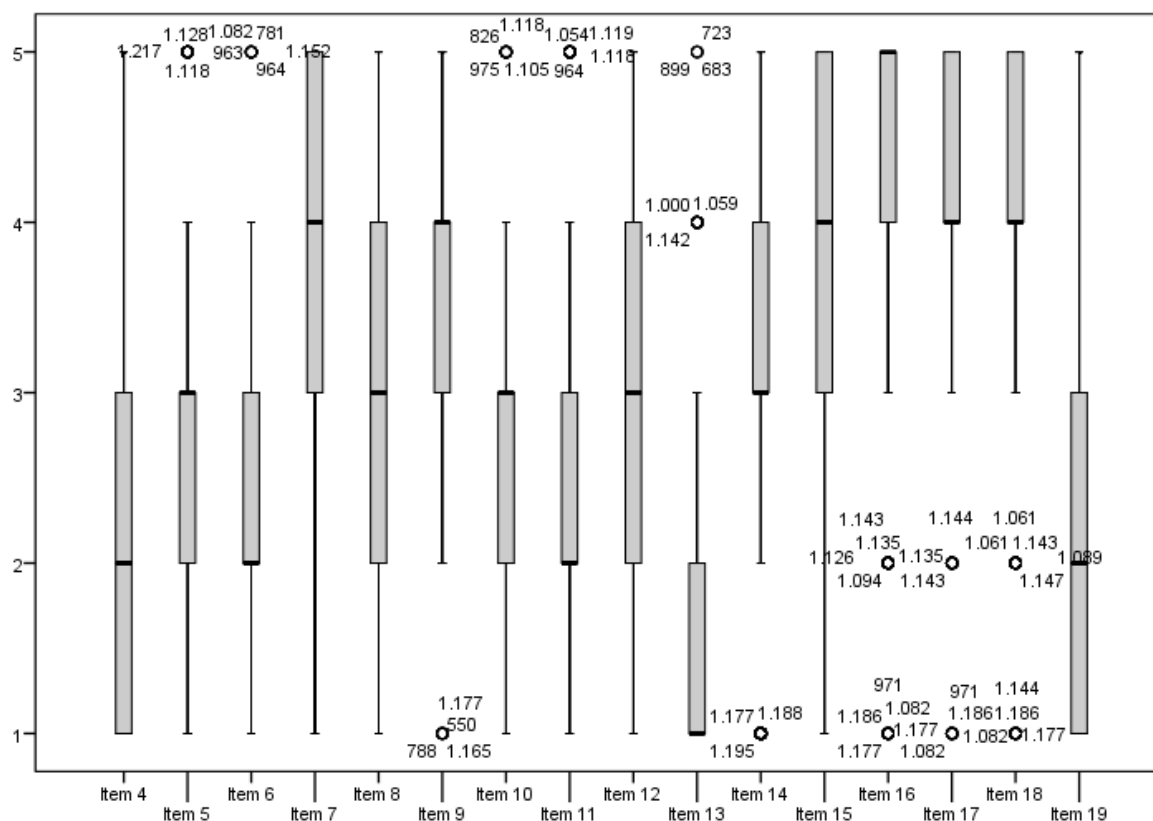
Alguns adolescentes não responderam aos itens descritos, estando ausentes 17 (1,40%) respostas no item 4, 3 (0,25%) respostas no item 5, 5 (0,41%) respostas no item 6, 7 (0,58%) respostas no item 7, 7 (0,58%) respostas no item 8, 3 (0,25%) respostas no item 9, 6 (0,49%) respostas no item 10, 6 (0,49%) respostas no item 11, 5 (0,41%) respostas no item 12, 5 (0,41%) respostas no item 13, 4 (0,33%) respostas no item 14, 5 (0,41%) respostas no item 15, 6 (0,49%) respostas no item 16, 6 (0,49%) respostas no item 17, 18 (1,48%) respostas no item 18 e 14 (1,15%) respostas no item 19.

A Tabela 9 e o Gráfico 17 permitem analisar os resultados obtidos nos itens 4 a 19 da escala HLQC.

Tabela 9 - Dados relativos a fontes de informação em saúde, informação de saúde contida nos panfletos/brochuras e satisfação da interação com o médico enquanto fonte de informação (HLQC)

	Nunca		Raramente		Às vezes		Muitas Vezes		Sempre		$\bar{x}$	$\sigma$
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Item 4</b>	356	29,30	329	27,08	<b>368</b>	<b>30,29</b>	96	7,90	<b>49</b>	<b>4,03</b>	<b>2,29</b>	<b>1,099</b>
<b>Item 5</b>	65	5,35	257	21,15	<b>625</b>	<b>51,44</b>	245	20,16	<b>20</b>	<b>1,65</b>	2,92	0,830
<b>Item 6</b>	238	19,59	389	32,02	<b>444</b>	<b>36,54</b>	127	10,45	<b>12</b>	<b>0,99</b>	2,41	0,952
<b>Item 7</b>	<b>48</b>	<b>3,95</b>	120	9,88	312	25,68	<b>424</b>	<b>34,90</b>	304	25,02	<b>3,68</b>	<b>1,077</b>
<b>Item 8</b>	112	9,22	299	24,61	<b>472</b>	<b>38,85</b>	294	24,20	<b>31</b>	<b>2,55</b>	2,86	0,973
<b>Item 9</b>	<b>8</b>	<b>0,66</b>	81	6,67	409	33,66	<b>513</b>	<b>42,22</b>	201	16,54	3,67	0,851
<b>Item 10</b>	118	9,71	434	35,72	<b>504</b>	<b>41,48</b>	137	11,28	<b>16</b>	<b>1,32</b>	2,59	0,863
<b>Item 11</b>	186	15,31	<b>449</b>	<b>36,95</b>	389	32,02	155	12,76	<b>30</b>	<b>2,47</b>	2,50	0,982
<b>Item 12</b>	<b>130</b>	<b>10,70</b>	307	25,27	<b>407</b>	<b>33,50</b>	233	19,18	133	10,95	2,94	1,146
<b>Item 13</b>	<b>804</b>	<b>66,17</b>	294	24,20	91	7,49	17	1,40	<b>4</b>	<b>0,33</b>	1,45	0,723
<b>Item 14</b>	84	6,91	146	12,02	<b>624</b>	<b>51,36</b>	288	23,70	<b>69</b>	<b>5,68</b>	3,09	0,925
<b>Item 15</b>	<b>38</b>	<b>3,13</b>	108	8,89	<b>402</b>	<b>33,09</b>	339	27,90	323	26,58	3,66	1,061
<b>Item 16</b>	<b>18</b>	<b>1,48</b>	34	2,80	133	10,95	362	29,79	<b>662</b>	<b>54,49</b>	4,34	0,890
<b>Item 17</b>	<b>14</b>	<b>1,15</b>	23	1,89	181	14,90	<b>533</b>	<b>43,87</b>	458	37,70	4,16	0,828
<b>Item 18</b>	<b>18</b>	<b>1,48</b>	30	2,47	208	17,12	<b>542</b>	<b>44,61</b>	399	32,84	4,06	0,860
<b>Item 19</b>	335	27,57	<b>403</b>	<b>33,17</b>	308	25,35	131	10,78	<b>24</b>	<b>1,98</b>	2,26	1,043

Gráfico 17 - Dados relativos a fontes de informação em saúde, informação de saúde contida nos panfletos/brochuras e satisfação da interação com o médico enquanto fonte de informação (HLQC)



A última questão da HLQC diz respeito a comentários adicionais que o adolescente considerasse pertinentes. Tendo sido registradas 59 respostas válidas, os comentários foram os que a seguir se indicam.

- “A informação chega-me através de procura específica. Quando quero saber algo vejo um documentário ou leio um artigo relacionado com o tópico.”
- A maioria da informação sobre saúde é-me dada pelos meus familiares (mãe é médica).”
- “A médica de família aborda todos os temas comigo.”
- “A última vez que fui ao médico foi para levar a vacina.”
- “Acho que os panfletos/brochuras muitas vezes não são atrativos de ler, facilmente se perde a vontade de os ler.”
- “Apesar de hoje em dia a informação que nos chega ser num número elevado, penso que haveriam de existir mais palestras/reuniões/debates sobre assuntos bastantes preocupantes na adolescência. Também acho que deveriam existir mais rastreios feitos nas escolas, visto que é necessário zelar cada vez mais pela nossa saúde.”

- “Como a minha mãe é médica (pediátrica) nunca recebo estas informações pelo meu médico mas sim pela minha mãe, sendo estas informações de todos os tipos.”
- “Considero que os panfletos fornecidos pelos médicos deveriam ser analisados e explicados na hora de entrega.”
- “Deve-se esclarecer todas as dúvidas que se tenha com o médico/farmacêutico, não ter vergonha porque quem sai prejudicado somos nós. E não ter vergonha de mostrar o nosso corpo se tivermos algum problema com ele.”
- “Eu não leio panfletos por isso não sei se a informação é útil ou não.” (2 comentários)
- “Gosto muito da minha médica de família.”
- “Hoje em dia não há médicos disponíveis para dar informações, pois, ou pagamos consultas para falar com eles (situação difícil devido a falta de dinheiro) ou simplesmente não nos informamos, pois nunca sabemos se as informações em *sítes* são fidedignas.”
- “Na minha opinião é importante termos a preocupação de estar informados para o nosso bem-estar.”
- “Não acho os panfletos a melhor maneira para informar as pessoas e muito menos uma população jovem.”
- “Não confio nos boatos que se dizem sobre doenças.”
- “Não consigo simpatizar com o médico.”
- “Não gosto de fazer desporto e isso é o que a médica mais me aconselha para um problema que tenho nas costas, mas como não dá outras alternativas, não me ajuda.”
- “Não gosto quando um doente precisa de ajuda imediata e os enfermeiros estão na conversa, ou sem atenção ao que se passa em seu redor.”
- “Não tenho farmacêutico nem médico. Apenas consultas regulares ao dentista.”
- “Não tenho farmacêutico, não leio revistas, não pesquiso sobre saúde na *net*. Se não leio os panfletos, não sei se é útil ou não.”
- “Não tenho muita vontade com o médico familiar porque parece que às vezes ri-se quando pergunto alguma coisa séria e importante para mim.”

- “Não tenho muita necessidade de ir ao médico porque o meu pai é enfermeiro e é ele a quem eu pergunto coisas sobre a saúde, daí não ter ido muito ao médico e não ter panfletos.”
  - “Não vejo televisão, logo não recebo informação por aí sobre saúde.”
  - “Nem sempre os médicos estão recetivos às perguntas.”
  - “No meu caso, que não vou sempre à mesma farmácia a relação cliente-farmacêutico é inexistente, logo, vou levantar o medicamento e ele dá a informação relativa ao mesmo.”
  - “Nos hospitais existe pouca informação de saúde, não existindo revistas com abordagem à área de saúde e há poucos panfletos.”
  - “O médico de família está sempre a mudar e não dá para confiar”
  - “Nunca vou ao médico.” (3 comentários)
  - “Opto pelas medicinas alternativas, não tenho interesse na medicina convencional, e por isso, nos médicos.”
  - “Os médicos deveriam fornecer e promover uma distribuição mais alargada sobre a saúde dos seus utentes.”
  - “Os médicos que estão nos hospitais muitas vezes parecem desinteressados e o *feedback* que transmitem é de estarem lá obrigados, daí a quase falta de educação.”
  - “Os meus pais dão-me muitas informações sobre saúde e sobre o que devo fazer.”
  - “Os panfletos deviam ser entregues na escola aos alunos com uma maior frequência.”
  - “Penso que com esta idade os médicos já não necessitavam de dar tantas informações porque os jovens já as deveriam saber.”
  - “Penso que os panfletos/brochuras deviam ter assuntos sobre a saúde mais úteis (completos) e ao mesmo tempo serem lúdicos.”
  - “Penso que por vezes somos induzidos em erro por irmos buscar informação a sítios/pessoas que não são 100% fiáveis.”
  - “Por vezes apreciaria que o médico me explicasse cientificamente, e exatamente o que tenho, e explicasse os sintomas, e apenas dá uma resposta superficial.”
  - “Por vezes demonstro preocupações minhas a um médico e não obtenho uma resposta pois o médico demonstra falta de interesse em informar-me.”
-

- “Procuro sempre estar o mais informado possível, apesar de não ligar a brochuras.”
- “Tento estabelecer um estilo de vida saudável e conhecer diversas patologias, como elas me podem afetar e ser curadas. Procuro obter esta informação através dos pais e do médico de família ou por experiência própria.”
- “Raramente vou ao médico.” (7 comentários)
- “Recebo informação sobre doenças em aulas em que dê para abordar o assunto.”
- “Recebo informação sobre saúde na escola muitas vezes.”
- “Saúde é muito importante para mim, por isso eu cuido muito dela.”
- “Se o médico diz é para fazer.”
- “Sigo sempre as indicações do meu médico. Nunca faço automedicação.”
- “Sinto que os médicos exercem a sua profissão sem paixão, como um ‘frete’, e cada paciente que atendem é mais uma carga para eles. Não se dispõem a dar a informação abertamente ao doente!”
- “Sinto-me informada e esclarecida.”
- “Só vou ao médico em situações específicas, tirando o dentista.”
- “Tento evitar medicamentos.”

A e-literacia em saúde foi outro dos assuntos questionados aos adolescentes, através da eHEALS. A Tabela 10 e o Gráfico 18 permitem analisar de forma geral as respostas obtidas em cada um dos itens da escala.

De um modo geral, os adolescentes consideram a *internet* útil para os ajudar a tomar decisões sobre saúde (item 1), sendo que 189 (15,56%) dos jovens afirmaram ser muito útil, 629 (51,77%) referiram ser útil, 275 (22,63%) não têm a certeza se é ou não útil, 88 (7,24%) referiram ser inútil e 24 (1,98%) afirmaram ser um recurso absolutamente inútil para os ajudar a tomar decisões sobre saúde. 317 (26,09%) dos adolescentes consideram muito importante para si poder ter acesso a recursos sobre saúde na *internet* (item 2), enquanto 656 (53,99%) consideram apenas importante, 161 (13,25%) não têm a certeza, 61 (5,02%) não acham nada importante o acesso a esses recursos e 7 (0,58%) jovens não consideraram o acesso a recursos sobre saúde na *internet* absolutamente nada importante.

Em relação ao item 3 (“Sei quais são os recursos sobre saúde disponíveis na *internet*.”), a maioria dos adolescentes referiu que concorda (n=519; 42,72%), 482 (39,67%) afirmaram estar indecisos, 136 (11,19%) discordaram, 42 (3,46%) concordaram totalmente e 30 (2,47%) discordaram totalmente da afirmação. “Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na *internet*.” é o item 4 da escala eHEALS e 630 (51,85%) adolescentes concordaram com a afirmação, 347 (28,56%) referiram estar indecisos, 138 (11,36%) discordaram, 72 (5,93%) concordaram totalmente e 25 (2,06%) discordaram totalmente da afirmação. 710 (58,44%) adolescentes concordaram com a afirmação “Sei como encontrar recursos úteis sobre saúde na *internet*.” (item 5), 272 (22,39%) afirmaram estar indecisos, 109 (8,97%) concordaram bastante, 104 (8,56%) discordaram e 16 (1,32%) discordaram bastante da afirmação. Em relação ao item 6 (“Sei como usar a *internet* para responder às minhas perguntas sobre saúde.”), 669 (55,06%) dos jovens concordou com a afirmação, 264 (21,73%) afirmaram estar indecisos, 162 (13,33%) concordaram totalmente, 95 (7,82%) inquiridos discordaram e 21 (1,73%) discordaram totalmente com a afirmação. A maioria dos adolescentes concordou (n=667; 54,90%) com a afirmação “Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na *internet* para me ajudar.” (item 7), 362 (29,79%) afirmaram-se indecisos, 85 (7,00%) discordaram, 81 (6,77%) concordaram totalmente e 16 (1,32%) discordaram totalmente da mesma. O item 8 diz respeito à afirmação “Consigo avaliar os recursos sobre saúde que encontro na *internet*.”, sendo que 549 (45,19%) dos participantes concordaram com a afirmação, 453 (37,28%) afirmaram-se indecisos, 112 (9,22%) discordaram, 73 (6,01%) concordaram totalmente e 25 (2,06%) discordaram totalmente. 561 (46,17%) dos adolescentes concordaram com a afirmação “Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde da *internet*.” (item 9), enquanto 358 (29,47%) se afirmaram indecisos, 143 (11,77%) concordaram totalmente, 125 (10,29%) discordaram e 25 (2,06%) discordaram totalmente. O último item da escala, (“Sinto-me confiante a usar informação da *internet* para tomar decisões sobre saúde.”), obteve 521 (42,88%) de respostas de adolescentes indecisos em relação à afirmação, 283 (23,29%) discordaram com a mesma, 277 (22,80%) concordaram com ela, 98 (8,07%) discordaram totalmente e 30 (2,47%) concordaram totalmente.

Em relação aos valores médios obtidos em cada item da escala eHEALS (incluindo os itens 1 e 2 que não compõem a escala, mas que estão incluídos no instrumento), estes variaram entre 2,88 ( $\sigma=0,935$ ) no item 10 e 4,01 ( $\sigma=0,808$ ) no item 2.

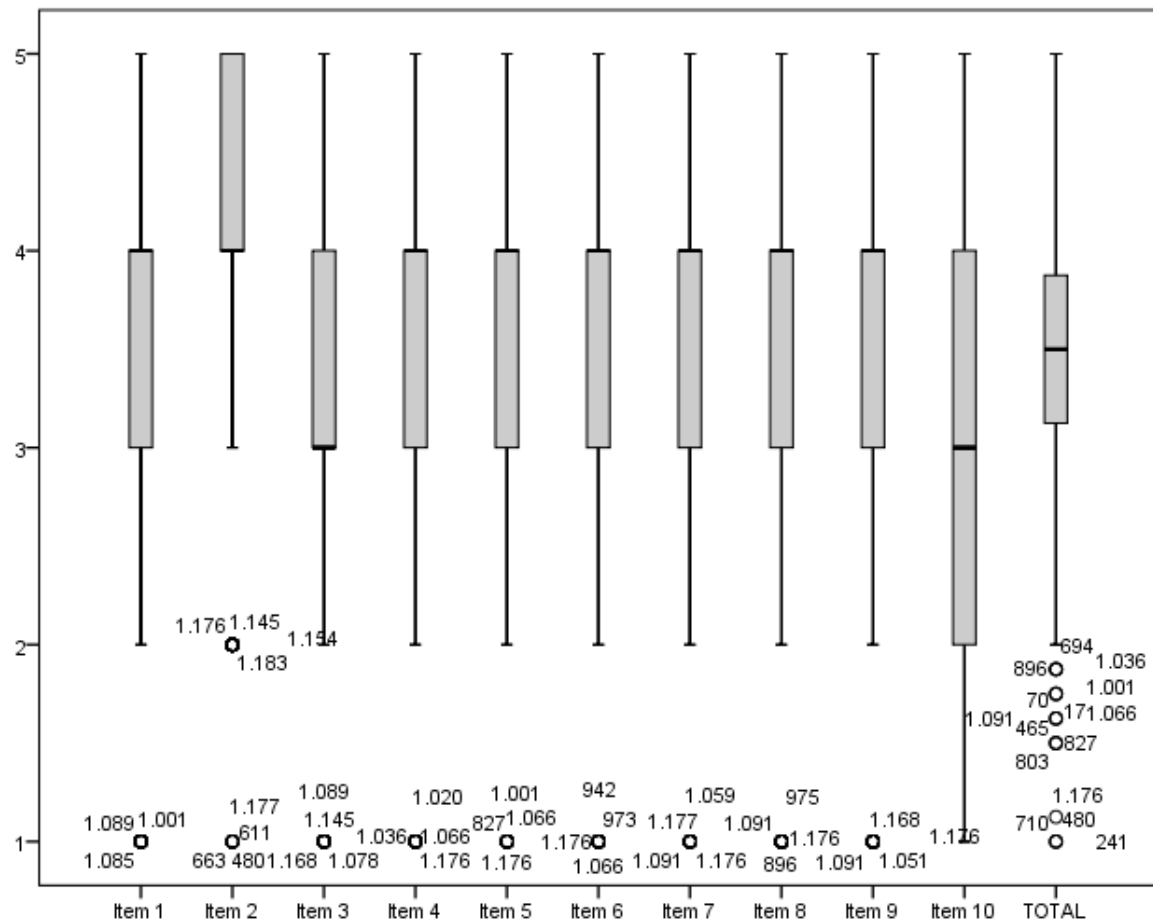
10 dos adolescentes não responderam ao item 1 da escala, 13 não responderam ao item 2, 6 não responderam aos item 3 e 10, 4 inquiridos não responderam aos itens 5, 6 e 7 e 3 jovens não responderam aos itens 4, 8 e 9.

Tabela 10 – Níveis de e-literacia em saúde dos adolescentes (eHEALS)

	Absolutamente inútil		Inútil		Não tenho a certeza		Útil		Muito útil		$\bar{x}$	$\sigma$
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Item 1	24	1,98	88	7,24	275	22,63	629	51,77	189	15,56	3,72	0,883
	Absolutamente nada importante		Nada importante		Não tenho a certeza		Importante		Muito importante		$\bar{x}$	$\sigma$
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Item 2	7	0,58	61	5,02	161	13,25	656	53,99	317	26,09	4,01	0,808
	Discordo totalmente		Discordo		Indeciso		Concordo		Concordo totalmente		$\bar{x}$	$\sigma$
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Item 3	30	2,47	136	11,19	482	39,67	519	42,72	42	3,46	3,34	0,817
Item 4	25	2,06	138	11,36	347	28,56	630	51,85	72	5,93	3,48	0,849
Item 5	16	1,32	104	8,56	272	22,39	710	58,44	109	8,97	3,65	0,811
Item 6	21	1,73	95	7,82	264	21,73	669	55,06	162	13,33	3,71	0,858
Item 7	16	1,32	85	7,00	362	29,79	667	54,90	81	6,67	3,59	0,772
Item 8	25	2,06	112	9,22	453	37,28	549	45,19	73	6,01	3,44	0,822
Item 9	25	2,06	125	10,29	358	29,47	561	46,17	143	11,77	3,55	0,902
Item 10	98	8,07	283	23,29	521	42,88	277	22,80	30	2,47	2,88	0,935
TOTAL											3,457	0,580



Gráfico 18 - Níveis de e-literacia em saúde dos adolescentes (eHEALS)



A aplicação da *AHP Scale* permitiu conhecer os níveis de comportamentos promotores de saúde dos adolescentes da amostra. As respostas aos itens desta escala encontram-se resumidos na Tabela XVI do Anexo XIII.

A grande maioria dos adolescentes (n=953; 78,44%) referiu comer pelo menos três refeições por dia (item 1) sempre, enquanto 19 (1,56%) afirma que nunca o faz. 492 (40,49%) afirmaram que escolhem comidas sem muito óleo (item 2) algumas vezes e 416 (34,24%) fazem-no muitas vezes, mas 40 (3,29%) adolescentes afirmaram que nunca o fazem. A inclusão de fibras alimentares na dieta, com frutas e vegetais (item 3) é realizada muitas vezes por 452 (37,20%) dos adolescentes e sempre por 419 (34,49%), sendo que 19 (1,56%) nunca o faz. A ingestão de 1,5 litro de água por dia (item 4) é realizada por 355 (29,22%) dos adolescentes algumas vezes, enquanto 348 (28,64%) refere fazê-lo poucas vezes, 134 (11,03%) diz fazê-lo sempre e 103 (8,48%) afirma que nunca o faz. 475 (39,09%) dos jovens referiram que incluem cinco grupos alimentares em cada refeição (item 5) muitas vezes, enquanto 338 (27,82%) o faz algumas vezes e 200 (16,46%) o faz sempre. A

grande maioria dos inquiridos (n=894; 73,58%) afirmou tomar sempre o pequeno-almoço (item 6), enquanto 20 (1,65%) disseram que nunca o fazem.

Dos inquiridos, 338 (31,93%) referiram que partilham e falam dos seus sentimentos com os outros (item 7) muitas vezes, 386 (31,77%) afirmaram fazê-lo algumas vezes e 49 (4,03%) nunca o fazem. Em relação à preocupação com os outros (item 8), 591 (48,64%) jovens referiram que o fazem sempre, e 487 (40,08%) muitas vezes. Quando questionados se falam sobre as suas preocupações com os outros (item 9), 413 (33,99%) afirmaram que o fazem muitas vezes, 397 (32,67%) algumas vezes e 163 (13,42%) sempre. 598 (49,22%) fazem sempre um esforço para todos os dias rir ou sorrir (item 10) e 315 (25,93%) jovens fazem-no muitas vezes. 695 (57,20%) dos adolescentes gostam de manter o contacto com os seus familiares (item 11) sempre e 354 (29,14%) gosta de fazê-lo muitas vezes. Em relação ao esforço para ter boas amizades (item 12), 759 (62,47%) dos participantes afirmaram que o fazem sempre e 337 (27,74%) fazem-no muitas vezes. 403 (33,17%) jovens afirmam que falam dos seus problemas com os outros (item 13) algumas vezes e 377 (31,03%) fazem-no muitas vezes.

A responsabilidade pela saúde foi também avaliada tendo em conta alguns parâmetros. Quando questionados se leem os rótulos das embalagens alimentares quando fazem compras (item 14), 400 (32,92%) jovens afirmaram que o fazem poucas vezes, 306 (25,19%) fazem-no algumas vezes e 215 (17,70%) nunca o faz. 357 (29,38%) inquiridos afirmaram que vigiam o seu peso (item 15) algumas vezes, 231 (19,01%) fá-lo sempre, 280 (23,05%) afirmaram fazê-lo muitas vezes, 241 (19,84%) disseram fazê-lo poucas vezes e 104 (8,56%) nunca o faz. 406 (33,42%) adolescentes afirmaram discutir as suas preocupações sobre saúde com um médico ou enfermeiro (item 16) poucas vezes, 319 (26,26%) afirmaram fazê-lo algumas vezes, 75 (6,17%) fazem-no sempre e 209 (17,20%) nunca o fazem. Quanto à observação do corpo pelo menos uma vez por mês (item 17), 546 (44,94%) afirmaram que o faz sempre e 37 (3,05%) referiram que a frequência com que o faz é nunca. A maioria dos jovens inquiridos escova os dentes pelo menos duas vezes por dia e usa fio dentário diariamente (item 18) sempre (n=499; 41,07%) e muitas vezes (n=429; 35,31%). 449 (36,95%) dos adolescentes afirmaram lavar as mãos antes das refeições (item 19) e 389 (32,02%) disseram fazê-lo sempre. A

leitura de informação sobre saúde (item 20) é realizada algumas vezes pela maioria dos jovens (n=515; 42,39) e poucas vezes por 351 (28,89%) adolescentes, sendo que 59 (4,86%) dos adolescentes afirmaram que nunca o faz. O esforço de escolher comida sem conservantes (item 21) é realizado algumas vezes por 447 (36,79%) dos jovens inquiridos, poucas vezes por 299 (24,61%) e nunca por 91 (7,49%) adolescentes.

386 (31,77%) dos adolescentes referiram que fazem um esforço para gostar de si próprios (item 22) sempre, enquanto 365 (30,04%) o faz muitas vezes e 99 (8,15%) nunca o faz. A maioria dos inquiridos afirmaram que fazem um esforço para se sentirem felizes e contentes (item 23) sempre (n=511; 42,06%) e muitas vezes (29,55%), havendo ainda 81 (6,67%) de inquiridos que nunca o faz. Pensar positivamente (item 24) é algo que 422 (34,73%) dos jovens referiu fazer muitas vezes e 346 (28,48%) fazer sempre. Grande parte dos jovens procuram fazer um esforço para compreender as suas forças e fraquezas e aceitá-las (item 25) muitas vezes (n=530; 43,62%), 276 (22,72%) fazem-no sempre, enquanto 300 (24,69%) fazem-no apenas algumas vezes. 498 (40,99%) dos participantes afirmou fazer um esforço para corrigir os seus defeitos (item 26) muitas vezes (n=498; 40,99%) ou algumas vezes (n=339; 27,90%), e 288 (23,70%) afirmaram fazê-lo sempre. Fazer um esforço para saber o que é importante para si (item 27) é algo que 542 (44,61%) dos jovens afirmou fazer muitas vezes, enquanto 408 (33,58%) disseram fazer sempre. Já um esforço para se sentir interessado e desafiado diariamente (item 28) é realizado muitas vezes por 501 (41,23%) adolescentes e algumas vezes por 339 (27,90%). A maioria dos jovens inquiridos afirmou que faz um esforço por acreditar que a sua vida tem um propósito (item 29) sempre (n=412; 33,91%) ou muitas vezes (n=405; 33,33%).

No que respeita ao exercício físico, um dos itens avaliados foi a realização de alongamentos diariamente (item 30), sendo que 330 (27,16%) inquiridos afirmaram fazê-lo poucas vezes, 318 (26,17%) algumas vezes, 265 (21,81%) muitas vezes, 150 (12,35%) sempre e 146 (12,02%) referiram que nunca o faz. A maioria dos adolescentes faz exercício vigoroso durante 30 minutos pelo menos 3 vezes por semana (item 31) sempre (n=41,48%), enquanto 88 (7,24%) afirmaram nunca o fazer. A participação em aulas de educação física na escola semanalmente (item

32) é realizada sempre por 1041 (85,68%) adolescentes, enquanto 46 (3,79%) referiram nunca participar nestas aulas. O aquecimento antes de exercício vigoroso (item 33) é realizado sempre por 741 (60,99%) adolescentes e muitas vezes por 265 (21,81%). A maioria dos jovens faz um esforço para estar direito quando está em pé ou sentado (item 34) muitas vezes ( $n=419$ ; 34,49) ou algumas vezes ( $n=406$ ; 33,42%).

Fazer um esforço para passar algum tempo a relaxar (item 35) é algo que 397 (32,67%) adolescentes afirmaram fazer sempre e 376 (30,95%) muitas vezes. 376 (30,95%) dos jovens referiram que faz um esforço para determinar a fonte do seu *stress* (item 36) algumas vezes, enquanto 374 (30,78%) fazem-no muitas vezes e 72 (5,93%) nunca o faz. O item 37 diz respeito a fazer um esforço para observar as suas mudanças de humor, que 406 (33,42%) dos inquiridos afirmaram fazer muitas vezes e 364 (29,96%) apenas algumas vezes. A maioria dos jovens referiu dormir 6 a 8 horas por dia (item 38) sempre ( $n=608$ ; 50,04%) ou muitas vezes ( $n=351$ ; 38,89%). Estabelecer prioridades e fazer planos de atividades (item 39) é algo que 376 (30,95%) adolescentes afirmaram fazer muitas vezes e 359 (29,55%) algumas vezes, enquanto 194 (15,97%) o fazem sempre. A maioria dos inquiridos referiu que tenta não perder o controlo quando acontecem coisas injustas (item 40) muitas vezes ( $n=438$ ; 36,05%) ou algumas vezes ( $n=363$ ; 29,88%).

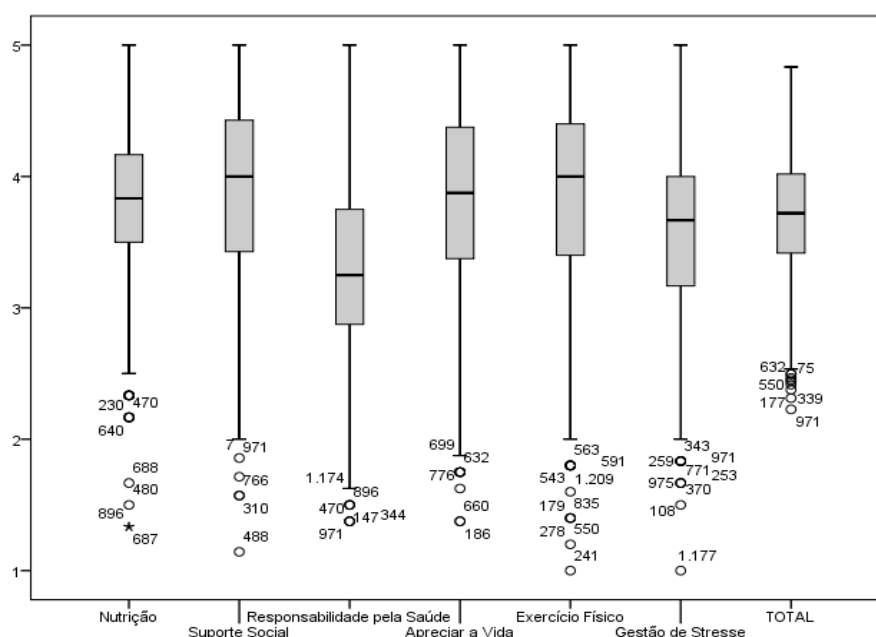
O item que obteve valores mais baixos foi o item 16, correspondente à discussão de preocupações sobre saúde com o médico ou enfermeiro ( $\bar{x}=2,61$ ;  $\sigma=1,136$ ), enquanto o item que obteve pontuação mais elevada foi o item 32 que corresponde à participação semanal nas aulas de Educação Física da escola ( $\bar{x}=4,70$ ;  $\sigma=0,879$ ).

Em relação aos níveis de comportamentos promotores de saúde, pode verificar-se pela Tabela 11 e Gráfico 19, que a subescala responsabilidade pela saúde obteve a média menor ( $\bar{x}=3,27$ ;  $\sigma=0,628$ ), pelo que é a área avaliada com menos comportamentos promotores de saúde, enquanto a subescala suporte social obteve os valores mais elevados ( $\bar{x}=3,89$ ;  $\sigma=0,654$ ). A média total da escala é de 3,70, com um desvio padrão de 0,442. O valor mais baixo obtido foi de 2,23 e o mais elevado de 4,83 no total da escala.

Tabela 11 - Níveis de comportamentos promotores de saúde dos adolescentes (AHP Scale)

	$\bar{x}$	$\sigma$	Mínimo	Máximo	Q <sub>1</sub>	Q <sub>2</sub>	Q <sub>3</sub>
<b>Nutrição</b>	3,83	0,545	1,33	5,00	3,500	3,833	4,167
<b>Suporte social</b>	<b>3,89</b>	0,654	1,14	5,00	3,429	4,000	4,429
<b>Responsabilidade pela saúde</b>	<b>3,27</b>	0,628	1,38	5,00	2,875	3,250	3,750
<b>Apreciar a vida</b>	3,83	0,712	1,38	5,00	3,375	3,875	4,375
<b>Exercício físico</b>	3,82	0,713	1,00	5,00	3,400	4,000	4,400
<b>Gestão do stress</b>	3,58	0,659	1,00	5,00	3,167	3,667	4,000
<b>TOTAL</b>	3,70	0,442	2,23	4,83	3,416	3,720	4,020

Gráfico 19 - Níveis de comportamentos promotores de saúde dos adolescentes (AHP Scale)



A literacia em saúde foi avaliada pelo IALS com recurso a 52 questões de escolha múltipla associadas a cenários relacionados com a saúde. A Tabela XVII do Anexo XIII, permite uma análise das respostas selecionadas em cada questão, bem como da média de cada uma, tendo por base o número de respostas certas selecionadas. Em destaque encontram-se as respostas certas a cada questão.

A média das respostas variou entre 0,19 ( $\sigma=0,391$ ) na questão 27 (226 respostas corretas) e 0,93 ( $\sigma=0,260$ ) na questão 7 (1119 respostas corretas).

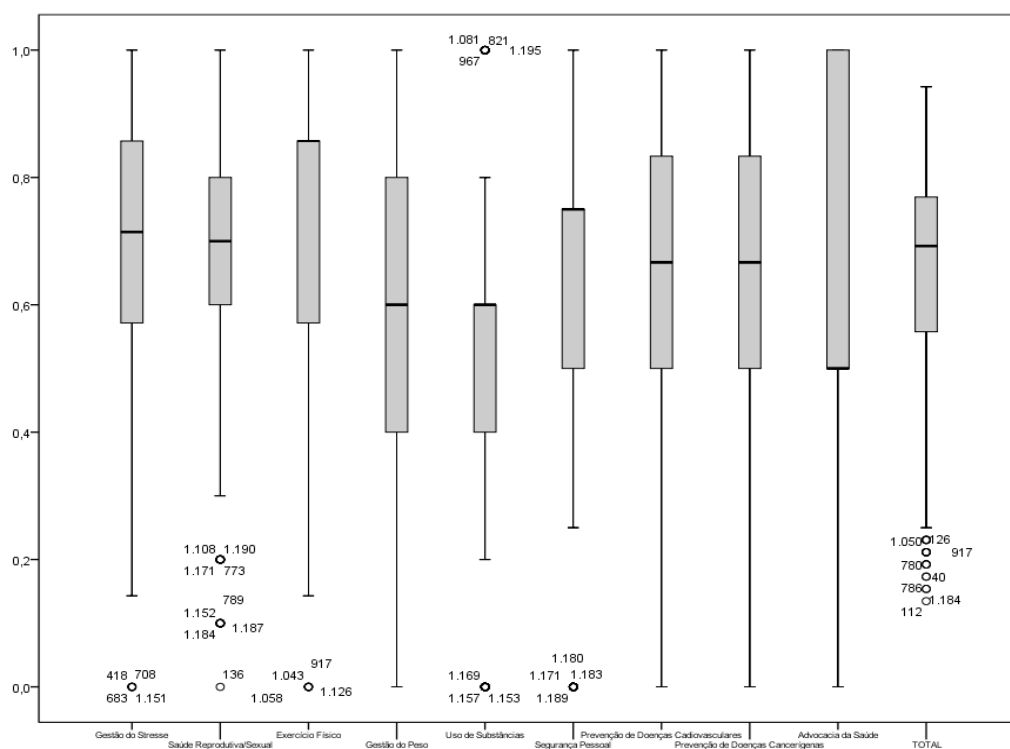
Depois de analisadas as respostas selecionadas em cada questão, realizou-se uma análise da média de literacia em saúde obtida de acordo com cada uma das nove áreas temáticas avaliadas, tal como se observa na Tabela 12 e no Gráfico 20. A área temática cujos resultados de literacia em saúde se revelaram mais positivos foi a saúde reprodutiva/sexual ( $\bar{x}=0,75$ ;  $\sigma=0,228$ ), sendo a que apresentou

resultados mais baixos a área temática uso de substâncias ( $\bar{x}=0,50$ ;  $\sigma=0,232$ ). A média total de literacia em saúde, tendo em conta todas as questões é de 0,65, com um desvio padrão de 0,164.

Tabela 12 - Níveis de literacia em saúde por área temática

	$\bar{x}$	$\sigma$	Mínimo	Máximo	Q <sub>1</sub>	Q <sub>2</sub>	Q <sub>3</sub>
<b>Gestão do stresse</b>	0,68	0,228	0,00	1,00	0,571	0,714	0,857
<b>Saúde reprodutiva/sexual</b>	0,65	0,176	0,00	1,00	0,600	0,700	0,800
<b>Exercício físico</b>	<b>0,75</b>	<b>0,228</b>	0,00	1,00	0,571	0,857	0,857
<b>Gestão do peso</b>	0,59	0,254	0,00	1,00	0,400	0,600	0,800
<b>Uso de substâncias</b>	<b>0,50</b>	<b>0,232</b>	0,00	1,00	0,400	0,600	0,600
<b>Segurança pessoal</b>	0,66	0,254	0,00	1,00	0,500	0,750	0,750
<b>Prevenção de doenças cardiovasculares</b>	0,62	0,249	0,00	1,00	0,500	0,667	0,833
<b>Prevenção de doenças cancerígenas</b>	0,64	0,275	0,00	1,00	0,500	0,667	0,833
<b>Advocacia da saúde</b>	0,60	0,395	0,00	1,00	0,500	0,500	1,000
<b>TOTAL</b>	0,65	0,164	0,00	1,00	0,558	0,692	0,769

Gráfico 20 - Níveis de literacia em saúde por área temática



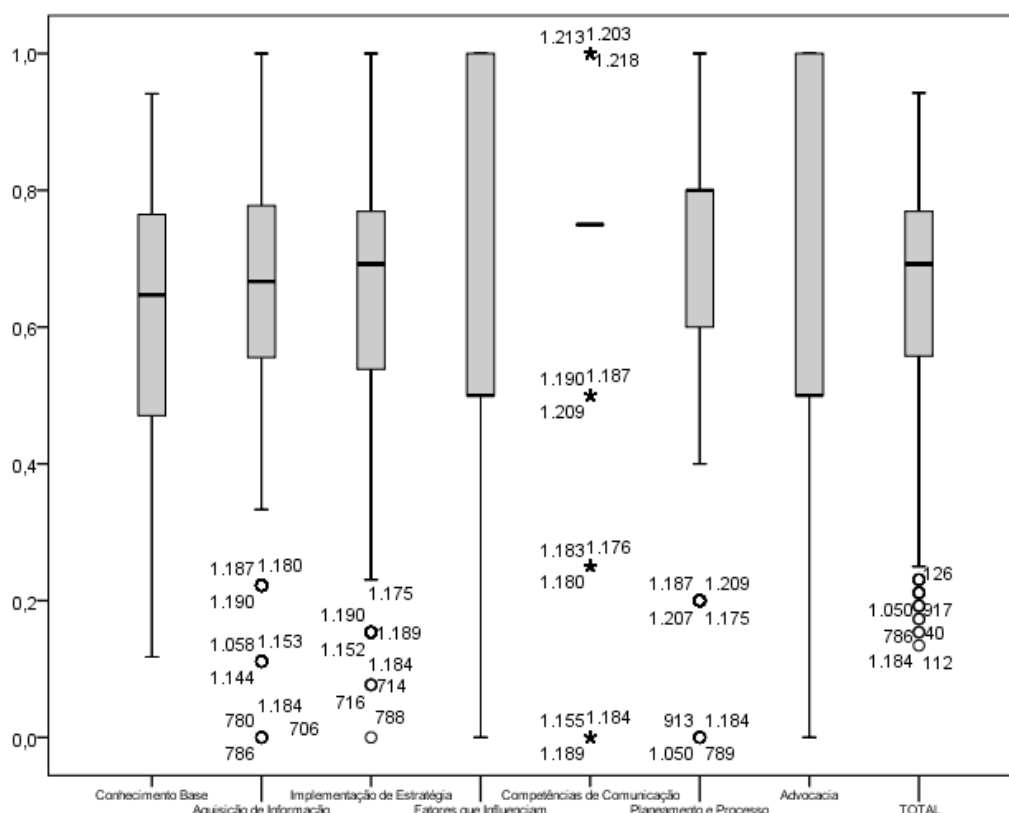
Os níveis de literacia em saúde por parâmetros de desempenho foi outro dos aspetos avaliados, sendo os seus resultados descritos na Tabela 13 e Gráfico 21. O parâmetro de desempenho que revelou níveis mais baixos foi a avaliação dos fatores que influenciam a saúde ( $\bar{x}=0,54$ ;  $\sigma=0,347$ ) e o que apresentou valores mais elevados as competências de comunicação ( $\bar{x}=0,72$ ;  $\sigma=0,228$ ).

## 5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Tabela 13 - Níveis de literacia em saúde por parâmetros de desempenho

	$\bar{x}$	$\sigma$	Mínimo	Máximo	Q <sub>1</sub>	Q <sub>2</sub>	Q <sub>3</sub>
Conhecimento base	0,61	0,186	0,06	0,94	0,471	0,647	0,765
Aquisição de informação	0,66	0,222	0,00	1,00	0,556	0,667	0,778
Implementação de estratégia	0,66	0,191	0,00	1,00	0,538	0,692	0,769
Fatores que influenciam	<b>0,54</b>	<b>0,347</b>	0,00	1,00	0,500	0,500	1,000
Competências de comunicação	<b>0,72</b>	<b>0,228</b>	0,00	1,00	0,500	0,750	0,750
Planeamento e processo	0,69	0,230	0,00	1,00	0,600	0,800	0,800
Advocacia	0,60	0,395	0,00	1,00	0,500	0,500	1,000
<b>TOTAL</b>	<b>0,65</b>	<b>0,164</b>	<b>0,00</b>	<b>1,00</b>	<b>0,558</b>	<b>0,692</b>	<b>0,769</b>

Gráfico 21 - Níveis de literacia em saúde por parâmetros de desempenho



Considerando as respostas obtidas, é ainda possível perceber que os pontos de corte para dividir os adolescentes participantes em três grupos de dimensões semelhantes, de acordo com os níveis de literacia em saúde obtidos, em baixo, médio e elevado, são  $\bar{x}=0,6154$  e  $\bar{x}=0,7500$ , respetivamente. Na Tabela 14 apresentam-se as características dos três grupos referidos.

Tabela 14 - Níveis de literacia em saúde agrupados

	n	%	$\bar{x}$	$\sigma$	Mediana	Mínimo	Máximo
Literacia em saúde baixa	330	27,2	0,46	0,120	0,481	0,13	0,62
Literacia em saúde média	334	27,5	0,69	0,038	0,692	0,63	0,75
Literacia em saúde elevada	279	23,0	0,81	0,037	0,808	0,77	0,94

### 5.3. ANÁLISE INFERENCIAL

Depois de apresentados os dados obtidos com o instrumento de colheita de dados aplicado, foi realizada uma análise inferencial estatística, como forma de verificação das hipóteses formuladas.

A diferença de aquisição de panfletos/brochuras relacionadas com a saúde de acordo com o sexo do adolescente foi verificado com recurso ao teste *t-student* (Tabela 15). Os rapazes referiram mais do que as raparigas não adquirir panfletos/brochuras sobre saúde, sendo esta diferença estatisticamente muito significativa ( $p < 0,001$ ). Já as raparigas, afirmaram mais do que os rapazes que adquirem panfletos/brochuras sobre saúde de qualquer uma das fontes indicadas: médico, farmácia ou hospital, sendo estas diferenças estatisticamente muito significativas ( $p \leq 0,01$ ). Em relação a outras fontes (como a escola, o centro de saúde e a rua/locais públicos), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação à sua utilização.

Tabela 15 - Diferenças de fontes de aquisição de panfletos/brochuras entre os sexos (teste *t-student*)

	Sexo	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F</i> ( <i>p</i> )	<i>t</i>	<i>p</i>
Não adquiero	Masculino	0,67	0,472	10,021	0,002	10,465	0,000**
	Feminino	0,38	0,485				
Médico	Masculino	0,13	0,341	294,681	0,000	-8,194	0,000**
	Feminino	0,33	0,470				
Farmácia	Masculino	0,16	0,368	240,980	0,000	-7,621	0,000**
	Feminino	0,35	0,477				
Hospital	Masculino	0,09	0,289	46,277	0,000	-3,324	0,001**
	Feminino	0,16	0,362				
Outras fontes	Masculino	0,07	0,250	13,588	0,000	-1,821	0,069
	Feminino	0,10	0,295				

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

O teste *one-way* ANOVA foi utilizado para avaliar se existem diferenças nos locais de aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde entre adolescentes a frequentar diferentes anos de escolaridade. Como se observa na Tabela 16, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, quer em relação à aquisição ou não de panfletos, quer em qualquer uma das fontes de panfletos/brochuras indicadas, existindo apenas diferenças estatisticamente



significativas ( $p=0,025$ ) entre grupos em relação à utilização de outras fontes que não as referidas, como a escola, centro de saúde ou rua/locais públicos.

Tabela 16 - Diferenças de fontes de aquisição de panfletos/brochuras entre anos de escolaridade (teste *one-way* ANOVA)

	<i>F</i>	<i>p</i>
Não adquiro	1,418	0,243
Médico	0,118	0,889
Farmácia	1,273	0,280
Hospital	2,503	0,082
Outras fontes	3,697	0,025*

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Foi possível perceber, com recurso ao teste *Post-Hoc Tukey*, que a diferença entre a utilização de outras fontes para aquisição de panfletos/brochuras relacionadas com a saúde é significativa ( $p=0,018$ ) entre os adolescentes a frequentar o 11º ano/2º ano de escolaridade e os adolescentes a frequentar o 12º ano/3º ano de escolaridade, sendo estes últimos os que mais utilizam outras fontes, e os referidos anteriormente os que menos o fazem (Tabela 17).

Tabela 17 – Diferenças da utilização de outras fontes de panfletos/brochuras entre anos de escolaridade (teste *Post-Hoc Tukey*)

a)	b)	$\bar{x}$ a)	$\sigma$ a)	$\bar{x}$ b)	$\sigma$ b)	Diferença de $\bar{x}$ (a-b)	<i>p</i>
10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,08	0,271	0,06	0,237	0,020	0,512
	12º ano/3º ano			0,11	0,317	-0,034	0,218
11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,06	0,237	0,08	0,271	-0,020	0,512
	12º ano/3º ano			0,11	0,317	-0,054	0,018*
12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,11	0,317	0,08	0,271	0,034	0,218
	11º ano/2º ano			0,06	0,237	0,054	0,018

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

De seguida, procurou perceber-se de que forma a idade se encontra relacionada com as fontes de aquisição de panfletos/brochuras em saúde, realizando-se um teste de correlação de *Pearson*. Percebeu-se que existe uma relação estatisticamente significativa ( $p=0,016$ ) entre a aquisição ou não de panfletos/brochuras sobre saúde e a idade, sendo que quanto maior a idade, menor é a aquisição deste tipo de material informativo, tal como se observa na Tabela 18.

Tabela 18 - Correlação entre a idade e as fontes de aquisição de panfletos/brochuras (teste de correlação de *Pearson*)

Aquisição de panfletos/brochuras sobre		<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
saúde				
Idade	Não adquire	0,069	0,037	0,016*
	Médico	-0,007	-0,003	0,807
	Farmácia	-0,041	-0,019	0,151
	Hospital	-0,055	-0,020	0,056
	Outros locais	-0,015	-0,004	0,611

\* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ 

Para perceber se existem diferenças entre sexos, em relação aos tópicos sobre os quais os adolescentes receberam informação sobre saúde no último ano, foi aplicado o teste *t-student* (Tabela 19). Percebeu-se que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) entre sexos em relação aos tópicos nutrição e exercício físico. Enquanto as raparigas referiram mais do que os rapazes ter recebido informação sobre nutrição, durante o último ano, os rapazes referiram mais do que as raparigas ter recebido informação sobre exercício físico no mesmo período. Foram também encontradas diferenças estatisticamente muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) entre sexos nos tópicos saúde oral (dentes e gengivas), fumar (deixar de) e tópicos específicos, sendo que as raparigas afirmaram mais do que os rapazes ter recebido informação sobre saúde oral (dentes e gengivas) e tópicos específicos no último ano, enquanto estes afirmaram ter recebido mais informação sobre fumar (deixar de) do que as raparigas. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos, no que respeita a receber informação sobre saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) no último ano.

Tabela 19 – Diferenças de informação sobre tópicos de saúde entre os sexos (teste *t-student*)

	Sexo	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F</i> ( <i>p</i> )	<i>t</i>	<i>p</i>
Saúde oral (dentes e gengivas)	Masculino	0,42	0,493	16,342	0,000	-2,800	0,005**
	Feminino	0,50	0,500				
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	Masculino	0,74	0,440	1,070	0,301	-0,516	0,606
	Feminino	0,75	0,433				
Nutrição	Masculino	0,30	0,457	20,848	0,000	-2,316	0,021*
	Feminino	0,36	0,480				
Exercício físico	Masculino	0,41	0,492	23,072	0,000	2,433	0,015*
	Feminino	0,34	0,474				
Fumar (deixar de)	Masculino	0,37	0,484	30,281	0,000	2,763	0,006**
	Feminino	0,30	0,459				
Tópico específico	Masculino	0,08	0,268	57,317	0,000	-3,676	0,000*
	Feminino	0,14	0,352				
Outro tópico	Masculino	0,03	0,178	1,098	0,295	-0,524	0,600
	Feminino	0,04	0,192				

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ 

O teste *one-way* ANOVA foi utilizado também para analisar as diferenças de informação recebida sobre os vários tópicos de saúde, entre os adolescentes a frequentar os vários anos de escolaridade, tal como se observa na Tabela 20. Foi possível identificar diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,029$ ) no tópico saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) e muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) nos tópicos nutrição e fumar (deixar de) entre os adolescentes dos vários anos de escolaridade.

Tabela 20 - Diferenças de informação sobre tópicos de saúde entre anos de escolaridade (teste *one-way* ANOVA)

	<i>F</i>	<i>p</i>
Saúde oral (dentes e gengivas)	1,284	0,277
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	3,539	0,029*
Nutrição	4,985	0,007**
Exercício físico	0,700	0,497
Fumar (deixar de)	12,542	0,000**
Tópico específico	0,948	0,388
Outro tópico	0,223	0,800

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ 

De forma a verificar entre quais dos anos de escolaridade se verificam as diferenças, foi aplicado o teste *Post-Hoc Tukey* (Tabela 21). Verificou-se que os adolescentes a frequentar o 11º ano/2º ano foram os que referiram ter recebido menos informação sobre saúde sexual (IST's, HIV/SIDA), enquanto os jovens do 12º ano/3º ano foram os que afirmaram ter recebido mais informação sobre esse tema. Já em relação ao tópico nutrição, os jovens a frequentar o 10º ano/1º ano

foram os que menos afirmaram receber este tipo de informação, enquanto os adolescentes do 12º ano/3º ano de escolaridade foram os que mais afirmaram receber informação sobre nutrição. O tópico fumar (deixar de) foi mais referido pelos adolescentes a frequentar o 10º ano/1º ano de escolaridade e menos pelos jovens a frequentar o 12º ano/3º ano de escolaridade. A diferença entre os três anos de escolaridade no que respeita a receber informação sobre qualquer um destes tópicos é estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ), exceto no tópico fumar em que as diferenças se revelam estatisticamente muito significativas ( $p = 0,002$ ).

Tabela 21 – Diferenças de informação sobre os tópicos saúde sexual, nutrição e fumar entre anos de escolaridade (teste *Post-HocTukey*)

	a)	b)	$\bar{x}$ a)	$\sigma$ a)	$\bar{x}$ b)	$\sigma$ b)	Diferença de $\bar{x}$ (a-b)	p
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,75	0,433	0,71	0,456	0,045	0,265
		12º ano/3º ano			0,79	0,408	-0,038	0,475
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,71	0,456	0,75	0,433	-0,045	0,265
		12º ano/3º ano			0,79	0,408	-0,083	0,024*
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,79	0,408	0,75	0,433	0,038	0,475
		11º ano/2º ano			0,71	0,456	0,083	0,024*
	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,27	0,444	0,35	0,477	-0,080	0,029*
		12º ano/3º ano			0,37	0,483	-0,099	0,012*
Nutrição	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,35	0,477	0,27	0,444	0,080	0,029*
		12º ano/3º ano			0,37	0,483	-0,019	0,842
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,37	0,483	0,27	0,444	0,099	0,012*
		11º ano/2º ano			0,35	0,477	0,019	0,842
	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,42	0,495	0,32	0,467	0,105	0,002**
		12º ano/3º ano			0,25	0,436	0,169	0,000**
Fumar (deixar de)	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,32	0,467	0,42	0,495	-0,105	0,002**
		12º ano/3º ano			0,25	0,436	0,064	0,142
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,25	0,436	0,42	0,495	-0,169	0,000**
		11º ano/2º ano			0,32	0,467	-0,064	0,142

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Foi avaliada depois a correlação existente entre os tópicos de saúde sobre os quais os adolescentes referem ter recebido informação durante o último e a idade dos mesmos, através do teste de correlação de *Pearson* (Tabela 22), tendo sido encontradas correlação estatisticamente muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) entre a idade e os tópicos saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) e fumar (deixar de). Desta forma, quanto maior a idade do adolescente, menor é a quantidade de informação recebida sobre saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) e sobre fumar (deixar de).

Tabela 22 - Correlação entre a idade e os tópicos de informação em saúde (teste de correlação de *Pearson*)

	Tópico de informação em saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
Idade	Saúde oral (dentes e gengivas)	-0,034	-0,018	0,235
	Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	-0,080	-0,038	0,005**
	Nutrição	0,051	0,026	0,073
	Exercício físico	-0,018	-0,010	0,522
	Fumar (deixar de)	-0,106	-0,054	0,000**
	Tópico específico	-0,051	-0,017	0,075
	Outro tópico	-0,005	-0,001	0,856

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ 

De forma a avaliar as diferenças entre sexos no que respeita à aquisição de informação sobre saúde das diversas fontes, foi realizado o teste *t-student* (Tabela 23). Percebeu-se existirem diferenças muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) e significativas ( $p \leq 0,05$ ) entre sexos no que respeita a todas as fontes de informação em saúde. Os rapazes afirmam receber informação sobre saúde da televisão mais frequentemente do que as raparigas, enquanto as raparigas referem todas as outras fontes (farmacêutico, revistas, médico, *internet*, pais, amigos e panfletos/brochuras) com fontes de informação em saúde mais frequentemente do que os rapazes.

Tabela 23 – Diferenças de fontes de informação entre os sexos (teste *t-student*)

	Sexo	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F</i> ( <i>p</i> )	<i>t</i>	<i>p</i>
Recebes, do teu farmacêutico, informação sobre saúde?	Masculino	2,23	1,129	2,680	0,102	-2,177	0,030*
	Feminino	2,37	1,061				
Recebes informação sobre saúde através da televisão?	Masculino	2,84	0,835	7,577	0,006	-3,368	0,001**
	Feminino	3,00	0,816				
Recebes informação sobre saúde de revistas?	Masculino	2,20	0,937	0,066	0,797	-8,277	0,000**
	Feminino	2,64	0,914				
Recebes, do teu médico, informação sobre saúde?	Masculino	3,59	1,108	6,587	0,010	-3,033	0,002**
	Feminino	3,77	1,034				
Recebes informação sobre saúde através da <i>internet</i> ?	Masculino	2,74	1,003	17,087	0,000	-4,816	0,000**
	Feminino	3,00	0,919				
Recebes informação sobre saúde através da família (pais)?	Masculino	3,62	0,861	2,030	0,154	-2,478	0,013*
	Feminino	3,74	0,836				
Recebes informação sobre saúde através de amigos?	Masculino	2,49	0,889	9,082	0,003	-4,297	0,000**
	Feminino	2,70	0,819				
Recebes informação sobre saúde de panfletos/brochuras?	Masculino	2,30	0,956	0,207	0,649	-7,608	0,000**
	Feminino	2,72	0,963				

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ 

O mesmo teste foi utilizado para perceber a diferença entre sexos em relação à informação sobre saúde dos panfletos/brochuras (Tabela 24). Encontraram-se

diferenças estatisticamente muito significativas ( $p < 0,001$ ), designadamente em relação à leitura dos panfletos/brochuras assim que são recebidos (realizado pelas raparigas de forma mais frequente do que pelos rapazes) e na perceção de encontro de informação útil nos panfletos/brochuras (referido como mais frequente pelas raparigas). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre sexos na questão “A pessoa que te entrega os panfletos/brochuras lê-os contigo?”.

Tabela 24 – Diferenças de informação sobre saúde dos panfletos/brochuras entre os sexos (teste *t-student*)

	Sexo	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F</i> ( <i>p</i> )	<i>t</i>	<i>p</i>
Lês os panfletos assim que os recebes?	Masculino	2,73	1,154	5,393	0,020	-6,997	0,000**
	Feminino	3,18	1,090				
A pessoa que te entrega os panfletos/brochuras lê-os contigo?	Masculino	1,44	0,732	0,170	0,680	-0,503	0,615
	Feminino	1,46	0,713				
Encontras informação útil nos panfletos/brochuras?	Masculino	2,89	0,951	0,361	0,548	-8,448	0,000**
	Feminino	3,32	0,838				

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Foi utilizado o teste *one-way* ANOVA para avaliar a diferença entre anos de escolaridade em relação às fontes de informação em saúde mais utilizadas, sendo os resultados apresentados na Tabela 25. Percebeu-se que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,002$ ) entre grupos em relação à frequência de utilização da fonte de informação amigos.

Tabela 25 - Diferenças de fontes de informação em saúde entre anos de escolaridade (teste *one-way* ANOVA)

	<i>F</i>	<i>p</i>
Recebes, do teu farmacêutico, informação sobre saúde?	0,370	0,691
Recebes informação sobre saúde através da televisão?	1,170	0,311
Recebes informação sobre saúde de revistas?	2,917	0,054
Recebes, do teu médico, informação sobre saúde?	0,524	0,592
Recebes informação sobre saúde através da <i>internet</i> ?	2,222	0,109
Recebes informação sobre saúde através da família (pais)?	0,251	0,778
Recebes informação sobre saúde através de amigos?	6,354	0,002**
Recebes informação sobre saúde de panfletos/brochuras?	0,929	0,395

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Percebida esta diferença, realizou-se posteriormente o teste *Post-Hoc Tukey* no item referido, a fim de perceber entre que anos de escolaridade a diferença era estatisticamente significativa (Tabela 26). Em relação à fonte de informação em saúde amigos, encontraram-se diferenças estatisticamente muito significativas ( $p = 0,002$ ) entre o 10º ano/1º ano e o 12º ano/3º ano. Os adolescentes a frequentar

o 10º ano/1º ano recorrem menos aos amigos como fonte de informação do que os adolescentes a frequentar os outros anos de escolaridade, sendo os jovens do 12º ano/3º ano a utilizar mais esta fonte de informação em saúde.

Tabela 26 – Diferenças da fonte de informação em saúde amigos entre anos de escolaridade (Teste *Post-Hoc Tukey*)

	a)	b)	$\bar{x}$ a)	$\sigma$ a)	$\bar{x}$ b)	$\sigma$ b)	Diferença de $\bar{x}$ (a-b)	p
Recebes informação sobre saúde através de amigos?	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	2,48	0,878	2,61	0,821	-0,135	0,051
		12º ano/3º ano			2,70	0,888	-0,222	0,002**
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	2,61	0,821	2,48	0,878	0,135	0,051
		12º ano/3º ano			2,70	0,888	-0,087	0,342
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	2,70	0,888	2,48	0,878	0,222	0,002**
		11º ano/2º ano			2,61	0,821	0,087	0,342

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

De forma a perceber a diferença entre anos de escolaridade em relação à percepção da informação sobre saúde nos panfletos/brochuras, realizou-se o teste *one-way ANOVA*, percebendo-se diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) e muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) nos três itens avaliados, leitura dos panfletos assim que são recebidos, leitura dos panfletos/brochuras com a pessoa que os entrega e utilidade da informação contida nos panfletos/brochuras (Tabela 27).

Tabela 27 - Diferenças de informação sobre saúde dos panfletos/brochuras entre anos de escolaridade (teste *one-way ANOVA*)

	F	p
Lês os panfletos assim que os recebes?	5,337	0,005**
A pessoa que te entrega os panfletos/brochuras lê-os contigo?	3,436	0,033*
Encontras informação útil nos panfletos/brochuras?	7,975	0,000**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

O teste *Post-Hoc Tukey* (Tabela 28) foi posteriormente utilizado para perceber entre quais os anos de escolaridade as diferenças são estatisticamente significativas. Foi percebido que os jovens do 11º ano/2º ano de escolaridade são os que menos leem os panfletos/brochuras assim que os recebem e os jovens a frequentar o 10º ano/1º ano os que mais o fazem, sendo a diferença entre estes dois grupos estatisticamente muito significativa ( $p=0,003$ ). Os adolescentes do 10º ano/1º ano referem com mais frequência que as pessoas que entregam os panfletos/brochuras leem-nos com eles, e os jovens a frequentar o 12º ano/3º ano são os que afirmam que isso acontece com menos frequência, sendo a diferença entre estes dois grupos estatisticamente significativa ( $p=0,044$ ). Já em relação à utilidade da informação sobre saúde encontrada nos panfletos/brochuras, também os

adolescentes a frequentar o 10º ano/1º ano são os que referem encontrar informação útil sobre saúde nos panfletos/folhetos, em relação aos adolescentes dos outros anos de escolaridade. Os jovens do 11º ano/2º ano são os que referem encontrar esta utilidade com menos frequência, sendo a diferença encontrada entre todos os anos de escolaridade muito significativa ( $p \leq 0,01$ ).

Tabela 28 – Diferenças dos itens de informação sobre saúde dos panfletos/brochuras entre anos de escolaridade (teste *Post-Hoc Tukey*)

	a)	b)	$\bar{x}$ a)	$\sigma$ a)	$\bar{x}$ b)	$\sigma$ b)	Diferença de $\bar{x}$ (a-b)	p
Lês os panfletos assim que os recebes?	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	3,08	1,167	2,83	1,148	0,250	0,003**
		12º ano/3º ano			2,94	1,099	0,132	0,264
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	2,83	1,148	3,08	1,167	-0,250	0,003**
		12º ano/3º ano			2,94	1,099	-0,117	0,336
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	2,94	1,099	3,08	1,167	-0,132	0,264
		11º ano/2º ano			2,83	1,148	0,117	0,336
A pessoa que te entrega os panfletos/brochuras lê-os contigo?	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	1,49	0,781	1,48	0,714	0,009	0,980
		12º ano/3º ano			1,36	0,644	0,128	0,044*
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	1,48	0,714	1,49	0,781	-0,009	0,980
		12º ano/3º ano			1,36	0,644	0,119	0,061
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	1,36	0,644	1,49	0,781	-0,128	0,044*
		11º ano/2º ano			1,48	0,714	-0,119	0,061
Encontras informação útil nos panfletos/brochuras?	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	3,24	0,965	3,00	0,924	0,231	0,001**
		12º ano/3º ano			3,03	0,850	0,204	0,008**
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	3,00	0,924	3,24	0,965	-0,231	0,001**
		12º ano/3º ano			3,03	0,850	-0,027	0,912
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	3,03	0,850	3,24	0,965	-0,204	0,008**
		11º ano/2º ano			3,00	0,924	0,027	0,912

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Para perceber se a idade se encontra relacionada com as fontes de informação em saúde, foi realizado o teste de correlação de *Pearson* (Tabela 29), tendo sido obtida uma correlação estatisticamente significativa ( $p=0,014$ ) entre esta e a fonte de informação panfletos/brochuras e estatisticamente muito significativa ( $p \leq 0,01$ ) entre a idade e as fontes de informação médico e amigos. Quanto mais velho é o adolescente, menos ele recebe informação sobre saúde proveniente do médico e de panfletos/brochuras, e mais informação recebe dos amigos.



Tabela 29 - Correlação entre a idade e as fontes de informação em saúde (teste de correlação de *Pearson*)

	Fontes de informação em saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
Idade	Farmacêutico	0,025	0,030	0,384
	Televisão	-0,002	-0,002	0,934
	Revistas	0,050	0,051	0,084
	Médico	-0,100	-0,117	0,000**
	Internet	0,053	0,056	0,063
	Família	-0,020	-0,019	0,479
	Amigos	0,092	0,086	0,001**
	Panfletos/brochuras	-0,071	-0,075	0,014*

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

O mesmo teste foi aplicado para conhecer a correlação entre a idade e a informação sobre saúde dos panfletos/brochuras (Tabela 30), tendo sido percebido que existe uma correlação estatisticamente significativa ( $p=0,046$ ) entre a idade e a leitura dos panfletos/brochuras assim que os recebem e muito significativa ( $p<0,001$ ) entre a idade e a utilidade encontrada na informação contida nos panfletos/brochuras. Quanto mais velho é o adolescente, menos frequentemente lê os panfletos/brochuras assim que os recebe e menos frequentemente considera útil a informação contida nos mesmos.

Tabela 30 - Correlação entre a idade e a informação de saúde dos panfletos/brochuras (teste de correlação de *Pearson*)

	Informação sobre saúde dos panfletos/brochuras	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
Idade	Lês os panfletos assim que os recebes?	-0.057	-0.071	0.046*
	A pessoa que te entrega os panfletos/brochuras lê-os contigo?	-0.014	-0.011	0.623
	Encontras informação útil nos panfletos/brochuras?	-0.109	-0.109	0.000**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Na tentativa de perceber se o facto de os panfletos serem lidos com quem os entrega permite aos adolescentes considerar a informação contida nesta fonte de informação em saúde útil, realizou-se o teste *one-way* ANOVA, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente muito significativas ( $p<0,001$ ) entre grupos ( $F=16,984$ ). Foi depois aplicado o teste *Post-Hoc Tukey*, de forma a compreender as diferenças de percepção da utilidade da informação em saúde dos panfletos/brochuras entre os adolescentes que referiram frequências diferentes de leitura dos mesmos com a pessoa que os entrega. Tal como se encontra descrito na Tabela 31, perceberam-se diferenças estatisticamente muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) de percepção da utilidade da informação em saúde contida nos panfletos/brochuras entre os adolescentes que referiram que a pessoa que os

entregam os leem com eles muitas vezes, às vezes, raramente ou nunca, tendo esta percepção sido maior quanto maior a frequência desta leitura conjunta.

Tabela 31 - Diferenças de percepção da utilidade da informação em saúde dos panfletos/brochuras em relação à frequência de leitura conjunta com a pessoa que os entrega (teste *Post-Hoc Tukey*)

a)	b)	$\bar{x}$ a)	$\sigma$ a)	$\bar{x}$ b)	$\sigma$ b)	Diferença de $\bar{x}$ (a-b)	p
Nunca	Raramente	2,95	0,957	3,33	0,750	-0,379	0,000**
	Às vezes			3,47	0,861	-0,525	0,000**
	Muitas Vezes			3,82	0,883	-0,876	0,001**
	Sempre			3,25	0,500	-0,302	0,962
Raramente	Nunca	3,33	0,750	2,95	0,957	0,379	0,000**
	Às vezes			3,47	0,861	-0,146	0,660
	Muitas Vezes			3,82	0,883	-0,497	0,177
	Sempre			3,25	0,500	0,077	1,000
Às vezes	Nunca	3,47	0,861	2,95	0,957	0,525	0,000**
	Raramente			3,33	0,750	0,146	0,660
	Muitas Vezes			3,82	0,883	-0,351	0,580
	Sempre			3,25	0,500	0,223	0,989
Muitas Vezes	Nunca	3,82	0,883	2,95	0,957	0,876	0,001**
	Raramente			3,33	0,750	0,497	0,177
	Às vezes			3,47	0,861	0,351	0,580
	Sempre			3,25	0,500	0,574	0,783
Sempre	Nunca	3,25	0,500	2,95	0,957	0,302	0,962
	Raramente			3,33	0,750	-0,077	1,000
	Às vezes			3,47	0,861	-0,223	0,989
	Muitas Vezes			3,82	0,883	-0,574	0,783

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Para avaliar as diferenças de respostas entre sexos na escala eHEALS, depois de aplicado o teste *t-student*, foram encontradas diferenças estatisticamente muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) entre os respondentes do sexo feminino e do sexo masculino (Tabela 32), nomeadamente nos itens 2 "Até que ponto considera importante para si poder ter acesso a recursos sobre saúde na *internet*?", no item 9 "Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde da *internet*." e no item 10 "Sinto-me confiante a usar a informação da *internet* para tomar decisões sobre saúde.". Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre sexos no valor de e-literacia em saúde (total da escala). Os rapazes referem saber distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde na *internet*, mais do que as raparigas, bem como sentem-se mais confiantes para utilizar a informação da *internet* para tomar decisões sobre saúde. Já as raparigas,

consideram mais importante do que os rapazes ter acesso a recursos sobre saúde na *internet*.

Tabela 32 – Diferenças de e-literacia em saúde entre os sexos (teste *t-student*)

	Sexo	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F</i> ( <i>p</i> )	<i>t</i>	<i>p</i>
Item 1	Masculino	3,71	0,892	1,628	0,202	-0,689	0,491
	Feminino	3,74	0,874				
Item 2	Masculino	3,93	0,838	4,847	0,028	-3,667	0,000**
	Feminino	4,10	0,765				
Item 3	Masculino	3,33	0,847	4,788	0,029	-0,150	0,881
	Feminino	3,34	0,782				
Item 4	Masculino	3,50	0,885	3,110	0,078	0,919	0,358
	Feminino	3,46	0,807				
Item 5	Masculino	3,64	0,824	0,662	0,416	-0,703	0,482
	Feminino	3,67	0,796				
Item 6	Masculino	3,69	0,881	4,260	0,039	-0,786	0,432
	Feminino	3,73	0,832				
Item 7	Masculino	3,57	0,776	0,814	0,367	-0,990	0,322
	Feminino	3,61	0,767				
Item 8	Masculino	3,44	0,848	2,417	0,120	-0,032	0,975
	Feminino	3,44	0,793				
Item 9	Masculino	3,62	0,903	0,142	0,706	2,695	0,007**
	Feminino	3,48	0,896				
Item 10	Masculino	2,97	0,946	2,707	0,100	3,393	0,001**
	Feminino	2,79	0,913				
Total Escala	Masculino	3,47	0,599	1,955	0,162	0,865	0,387
	Feminino	3,44	0,558				

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Para analisar a relação entre os valores de e-literacia em saúde e a idade foram realizados dois tipos de análise. Em primeiro lugar os participantes foram distribuídos em dois grupos etários, tendo como critério a divisão matemática em dois conjuntos de dimensões o mais semelhantes possível. Desta forma, os indivíduos foram reagrupados em dois agregados: o primeiro grupo compreendeu os participantes com idades até 16 anos; e o segundo grupo compreendeu os participantes com idades a partir de 17 anos. Desta forma, o primeiro grupo passou a ser constituído por 725 elementos (59,67%) e o segundo grupo por 490 elementos (40,33%). Depois do reagrupamento foi realizado um teste *t-student* para análise das diferenças entre eles, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em nenhum dos itens do instrumento, nem no valor total de e-literacia em saúde.

Realizada a análise das respostas por idades agrupadas, foi realizada uma análise, tendo em conta a correlação entre a idade e os resultados obtidos em cada item, bem como com o valor total de e-literacia em saúde, utilizando para isso um teste de correlação de *Pearson*. Mais uma vez não se encontrou qualquer correlação entre a idade e as respostas apresentadas em cada item.

Para analisar se existiam diferenças estatisticamente significativas nas respostas dos participantes de acordo com o ano de escolaridade, foi aplicado o teste *one-way ANOVA* (Tabela 33). Foi possível verificar que existiam diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,026$ ) entre os três anos de escolaridade nas respostas ao item 4 "Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na *internet*."

Tabela 33 - Diferenças de e-literacia em saúde entre anos de escolaridade (teste *one-way ANOVA*)

Ano de escolaridade	Itens de e-literacia em saúde	F	p
	Item 1	0,547	0,579
	Item 2	1,779	0,169
	Item 3	0,063	0,939
	Item 4	3,648	0,026*
	Item 5	0,945	0,389
	Item 6	1,696	0,184
	Item 7	2,467	0,085
	Item 8	0,531	0,588
	Item 9	2,733	0,065
	Item 10	0,164	0,849
	Total Escala	1,741	0,176

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tendo sido percebida uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,026$ ) entre os participantes de acordo com os anos de escolaridade no item 4, foi aplicado posteriormente o teste *Post-Hoc Tukey* neste mesmo item, com o objetivo de verificar entre que anos letivos estas diferenças eram de facto estatisticamente significativas. Foi percebido que estas diferenças eram estatisticamente significativas entre o 10º ano/1º ano e o 12º ano/3º ano de escolaridade, sendo os valores médios das respostas ao item mais elevados no 10º ano/1º ano (Tabela 34).

Tabela 34 – Diferenças entre anos de escolaridade no item 4 (teste *Post-Hoc Tukey*)

a)	b)	$\bar{x}$ a)	$\sigma$ a)	$\bar{x}$ b)	$\sigma$ b)	Diferença de $\bar{x}$ (a-b)	p
10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	3,57	0,823	3,45	0,848	0,125	0,071
	12º ano/3º ano			3,42	0,877	0,152	0,042*
11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	3,45	0,848	3,57	0,823	-0,125	0,071
	12º ano/3º ano			3,42	0,877	0,027	0,899
12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	3,42	0,877	3,57	0,823	-0,152	0,042*
	11º ano/2º ano			3,45	0,848	-0,027	0,899

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ 

Os comportamentos promotores de saúde foi outra das variáveis avaliadas, com recurso à *AHP Scale*. Comparados os comportamentos promotores de saúde entre adolescentes de sexos diferentes com recurso ao teste *t-student*, foram encontradas diferenças estatisticamente muito significativas ( $p \leq 0,01$ ), nomeadamente em relação à subescala suporte social, responsabilidade pela saúde, exercício físico, sendo que os rapazes apresentam comportamentos promotores de saúde mais frequentes em relação ao exercício físico, mas as raparigas apresentam-no em relação à responsabilidade pela saúde e ao suporte social e responsabilidade pela saúde (Tabela 35). Não foram encontradas diferenças entre sexos no que respeita ao total de comportamentos promotores de saúde.

Tabela 35 – Diferenças de comportamentos promotores de saúde entre os sexos (teste *t-student*)

	Sexo	$\bar{x}$	$\sigma$	F	F (p)	t	p
Nutrição	Masculino	3,82	0,552	1,155	0,283	-0,986	0,324
	Feminino	3,85	0,537				
Suporte social	Masculino	3,81	0,682	10,324	0,001	-4,765	0,000**
	Feminino	3,98	0,608				
Responsabilidade pela saúde	Masculino	3,18	0,640	2,818	0,093	-5,615	0,000**
	Feminino	3,38	0,597				
Apreciar a vida	Masculino	3,83	0,764	18,913	0,000	-0,053	0,958
	Feminino	3,83	0,650				
Exercício físico	Masculino	3,92	0,739	6,762	0,009	5,084	0,000**
	Feminino	3,71	0,666				
Gestão do stress	Masculino	3,57	0,672	0,685	0,408	-0,742	0,458
	Feminino	3,59	0,644				
TOTAL	Masculino	3,69	0,470	13,041	0,000	-1,487	0,137
	Feminino	3,72	0,408				

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ 

As diferenças entre adolescentes a frequentar diferentes anos de escolaridade em relação aos comportamentos promotores de saúde foram avaliadas com recurso

ao teste *one-way* ANOVA (Tabela 36). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,022$ ) entre grupos relativamente ao comportamentos promotores de saúde em nutrição, e estatisticamente muito significativas ( $p\leq 0,01$ ) em relação ao comportamentos promotores de saúde em exercício físico, gestão de *stresse*, bem como em relação ao valor total da escala.

Tabela 36 - Diferenças de comportamentos promotores de saúde entre anos de escolaridade (teste *one-way* ANOVA)

Ano de escolaridade	Comportamentos promotores de saúde	F	p
	Nutrição	3,814	0,022*
	Suporte social	1,004	0,367
	Responsabilidade pela saúde	1,040	0,354
	Apreciar a vida	1,419	0,242
	Exercício físico	7,922	0,000**
	Gestão do <i>stresse</i>	5,923	0,003**
	TOTAL	4,975	0,007**

Legenda: \* $p\leq 0,05$ ; \*\* $p\leq 0,01$

Para perceber entre que anos de escolaridade as diferenças são estatisticamente significativas, aplicou-se o teste *Post-Hoc Tukey* (Tabela 37). Em relação aos comportamentos promotores de saúde em nutrição, a diferença estatisticamente significativa ( $p=0,022$ ) é entre os adolescentes a frequentar o 10º ano/1º ano de escolaridade e o 11º ano/2º ano de escolaridade. Na subescala exercício físico, encontraram-se diferenças estatisticamente muito significativas ( $p<0,001$ ) entre os jovens do 10º ano/1º ano e do 11º ano/2º ano de escolaridade e estatisticamente significativas ( $p=0,020$ ) entre os adolescentes a frequentar o 10º ano/1º ano e o 12º ano/3º ano de escolaridade. Já nos comportamentos promotores de saúde relativos à gestão do *stresse*, as diferenças são estatisticamente significativas ( $p=0,042$ ) entre os jovens do 11º ano/2º ano e os jovens a frequentar o 12º ano/3º ano de escolaridade, e muito significativas entre os adolescentes a frequentar o 11º ano/2º ano e os adolescentes do 10º ano/1º ano de escolaridade. O total de comportamentos promotores de saúde tem também diferenças estatisticamente muito significativas entre adolescentes do 10º ano/1º ano de escolaridade e 11º ano/2º ano de escolaridade ( $p\leq 0,05$ ). Em todos os casos referidos, os alunos a frequentar o 10º ano/1º ano de escolaridade são os que apresentam valores mais elevados de comportamentos promotores de saúde, sendo os adolescentes a frequentar o 11º ano/2º ano de escolaridade os que apresentam valores mais baixos desses mesmos comportamentos.

Tabela 37 – Diferenças dos comportamentos promotores de saúde em nutrição, exercício físico, gestão do *stresse* e total entre anos de escolaridade (teste *Post-Hoc Tukey*)

	a)	b)	$\bar{x}$ a)	$\sigma$ a)	$\bar{x}$ b)	$\sigma$ b)	Diferença de $\bar{x}$ (a-b)	p
Nutrição	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	3,88	0,532	3,78	0,543	0,097	0,022*
		12º ano/3º ano			3,85	0,560	0,024	0,821
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	3,78	0,543	3,88	0,532	-0,087	0,022*
		12º ano/3º ano			3,85	0,560	-0,073	0,159
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	3,85	0,560	3,88	0,532	-0,024	0,821
		11º ano/2º ano			3,78	0,543	0,073	0,159
Exercício Físico	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	3,92	0,705	3,74	0,698	0,183	0,000**
		12º ano/3º ano			3,78	0,729	0,142	0,020*
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	3,74	0,698	3,92	0,705	-0,183	0,000**
		12º ano/3º ano			3,78	0,729	-0,041	0,702
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	3,78	0,729	3,92	0,705	-0,142	0,020*
		11º ano/2º ano			3,74	0,698	0,041	0,702
Gestão do Stresse	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	3,64	0,675	3,50	3,626	0,144	0,003**
		12º ano/3º ano			3,61	0,674	0,028	0,834
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	3,50	3,626	3,64	0,675	-0,144	0,003**
		12º ano/3º ano			3,61	0,674	-0,116	0,042*
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	3,61	0,674	3,64	0,675	-0,028	0,834
		11º ano/2º ano			3,50	3,626	0,116	0,042*
Total	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	3,75	0,441	3,66	0,437	0,094	0,005**
		12º ano/3º ano			3,71	0,445	0,044	0,386
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	3,66	0,437	3,75	0,441	-0,095	0,005**
		12º ano/3º ano			3,71	0,445	-0,051	0,263
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	3,71	0,445	3,75	0,441	-0,044	0,386
		11º ano/2º ano			3,66	0,437	0,051	0,263

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ 

O teste de correlação de *Pearson* foi realizado para testar a correlação entre os comportamentos promotores de saúde e a idade dos adolescentes (Tabela 38). Foram encontradas correlações estatisticamente significativas ( $p=0,017$ ) entre a idade e os comportamentos promotores de saúde em nutrição e correlações estatisticamente muito significativa ( $p \leq 0,01$ ) entre a idade dos participantes e os comportamentos promotores de saúde em exercício físico e totais. Percebeu-se ainda que quanto mais avançada a idade dos adolescentes, menos frequentes são os comportamentos promotores de saúde referidos.

Tabela 38 - Correlação entre a idade e os comportamentos promotores de saúde (teste de correlação de *Pearson*)

	Comportamentos promotores de saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
Idade	Nutrição	-0,068	-0,041	0,017*
	Suporte social	-0,040	-0,028	0,167
	Responsabilidade pela saúde	-0,011	-0,008	0,697
	Apreciar a vida	-0,019	-0,015	0,501
	Exercício físico	-0,143	-0,111	0,000**
	Gestão do <i>stresse</i>	-0,023	-0,016	0,432
	TOTAL	-0,075	-0,036	0,010**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Procurou perceber-se de seguida se a frequência de comportamentos promotores de saúde varia ou não de acordo com os tópicos de saúde sobre os quais os jovens afirmam ter recebido informação durante o último ano. Para tal foi aplicado um teste *t-student*, sendo o seu resultado apresentado na Tabela 39. Encontraram-se diferenças estatisticamente muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) entre os comportamentos promotores de saúde em exercício físico e higiene oral, com a receção de informação sobre esses mesmos temas, sendo os comportamentos referidos mais frequentes quando os jovens referem ter recebido informação sobre esse tópico de saúde durante o último ano. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,051$ ) nos comportamentos promotores de saúde em nutrição, em relação à receção de informação sobre a temática no último ano.

Tabela 39 – Diferenças de comportamentos promotores de saúde entre adolescentes que receberam informação sobre saúde durante o último ano (teste *t-student*)

Informação sobre tópico de saúde		$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F</i> ( <i>p</i> )	<i>t</i>	<i>p</i>
Higiene oral	Não	3,98	1,079	2,525	0,112	-2,739	0,006**
	Sim	4,14	0,974				
Nutrição	Não	3,81	0,545	0,033	0,856	-1,955	0,051
	Sim	3,88	0,543				
Exercício físico	Não	3,76	0,714	0,080	0,777	-3,589	0,000**
	Sim	3,91	0,700				

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Para compreender se existe correção entre a frequência de comportamentos promotores de saúde e a frequência de utilização das várias fontes de informação em saúde, foi realizado um teste de correlação de *Pearson* (Tabela 40). Foram encontradas correlações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) e muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) entre todas áreas de comportamentos promotores de saúde (bem como o seu total) questionadas e todas as fontes de informação em saúde



avaliadas, com exceção das fontes de informação em saúde *internet* e amigos que não estão correlacionadas com os comportamentos promotores de saúde em exercício físico. Todas as correlações encontradas são positivas, o que significa que quanto mais frequente é a procura de informação em saúde pelas fontes de informação analisadas, mais frequentes são os comportamentos promotores de saúde dos adolescentes.

Tabela 40 - Correlação entre a frequência de comportamentos promotores de saúde e a frequência de utilização das fontes de informação em saúde (teste de correlação de *Pearson*)

		Farmacêutico	Televisão	Revistas	Médico	Internet	Família	Amigos	Panfletos/Brochuras
Nutrição	<i>R</i>	0,086	0,116	0,143	0,138	0,072	0,166	0,091	0,165
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,052	0,052	0,074	0,081	0,038	0,077	0,043	0,088
	<i>p</i>	0,003**	0,000**	0,000**	0,000**	0,012*	0,000**	0,002**	0,000**
Suporte social	<i>R</i>	0,113	0,185	0,215	0,124	0,093	0,218	0,266	0,195
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,081	0,100	0,134	0,087	0,059	0,121	0,150	0,126
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**
Responsabilidade pela saúde	<i>R</i>	0,172	0,187	0,287	0,249	0,174	0,224	0,190	0,271
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,119	0,097	0,171	0,168	0,106	0,119	0,103	0,166
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Apreciar a vida	<i>R</i>	0,079	0,079	0,145	0,092	0,116	0,166	0,130	0,160
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,062	0,047	0,098	0,070	0,080	0,100	0,080	0,112
	<i>p</i>	0,007**	0,006**	0,000**	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Exercício físico	<i>R</i>	0,099	0,073	0,072	0,085	0,018	0,077	0,027	0,095
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,077	0,043	0,049	0,065	0,012	0,047	0,017	0,067
	<i>p</i>	0,001**	0,011*	0,012*	0,003**	0,539	0,008**	0,349	0,001**
Gestão do stresse	<i>R</i>	0,095	0,098	0,187	0,114	0,131	0,193	0,167	0,147
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,069	0,053	0,118	0,081	0,084	0,108	0,095	0,095
	<i>p</i>	0,001**	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Total	<i>R</i>	0,164	0,182	0,258	0,198	0,143	0,259	0,215	0,252
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,080	0,067	0,109	0,094	0,061	0,098	0,082	0,109
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

No sentido de perceber se a realização de comportamentos promotores de saúde se encontra correlacionada com a e-literacia em saúde, foi realizado um teste de correlação de *Pearson*, cujos resultados se apresentam na Tabela 41. Foram encontradas correlações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) e muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) entre todos os grupos de comportamentos promotores de saúde e todos os itens da e-literacia em saúde, incluindo o valor total da mesma, com exceção de algumas correlações, nomeadamente entre o item 1 de e-literacia em saúde e os comportamentos promotores de saúde em nutrição e exercício

físico, entre o item 5 de e-literacia em saúde e os comportamentos promotores de saúde em nutrição e entre o item 10 de e-literacia em saúde e os comportamentos promotores de saúde em suporte social, apreciar a vida e exercício físico.

Tabela 41 - Correlação entre a frequência de comportamentos promotores de saúde e a e-literacia em saúde (teste de correlação de Pearson)

		Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	TOTAL
Nutrição	<i>R</i>	0,038	0,070	0,108	0,065	0,047	0,058	0,070	0,100	0,121	0,060	0,115
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,018	0,031	0,048	0,030	0,021	0,027	0,030	0,045	0,060	0,031	0,036
	<i>p</i>	0,186	0,015*	0,000**	0,024*	0,106	0,042*	0,015*	0,001**	0,000**	0,037*	0,000**
Suporte social	<i>R</i>	0,100	0,140	0,111	0,089	0,059	0,092	0,128	0,099	0,082	0,035	0,130
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,057	0,073	0,059	0,049	0,031	0,051	0,065	0,053	0,048	0,021	0,049
	<i>p</i>	0,001**	0,000**	0,000**	0,002**	0,039*	0,001**	0,000**	0,001**	0,005**	0,229	0,000**
Responsabilidade pela saúde	<i>R</i>	0,079	0,145	0,191	0,120	0,102	0,097	0,178	0,196	0,212	0,079	0,209
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,043	0,073	0,097	0,064	0,051	0,053	0,087	0,102	0,120	0,046	0,076
	<i>p</i>	0,006**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**	0,007**	0,000**
Apreciar a vida	<i>R</i>	0,075	0,150	0,143	0,123	0,111	0,105	0,107	0,101	0,090	0,043	0,150
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,047	0,086	0,083	0,074	0,064	0,064	0,059	0,059	0,057	0,029	0,062
	<i>p</i>	0,010**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,002**	0,138	0,000**
Exercício físico	<i>R</i>	0,043	0,106	0,123	0,126	0,105	0,091	0,075	0,058	0,072	0,019	0,117
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,027	0,061	0,071	0,076	0,061	0,056	0,041	0,034	0,047	0,013	0,048
	<i>p</i>	0,136	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,002**	0,009**	0,045*	0,012*	0,515	0,000**
Gestão do stresse	<i>R</i>	0,108	0,141	0,147	0,121	0,128	0,120	0,141	0,150	0,109	0,085	0,183
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,062	0,075	0,078	0,068	0,068	0,068	0,072	0,082	0,065	0,053	0,070
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,003**	0,000**
Total	<i>R</i>	0,108	0,183	0,195	0,159	0,137	0,141	0,165	0,173	0,161	0,074	0,217
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,042	0,065	0,070	0,059	0,049	0,054	0,056	0,063	0,064	0,031	0,056
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,011*	0,000**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

A literacia em saúde foi avaliada com recurso à escala IALS, sendo avaliados os níveis de literacia em saúde em nove áreas temáticas diferentes, bem como em relação a sete parâmetros de desempenho do conceito definidos anteriormente. O valor total de literacia em saúde foi também considerado nos resultados.

Com o objetivo de perceber se existem diferenças na literacia em saúde em relação ao sexo dos participantes, foi realizado um teste *t-student*. Foram percebidas diferenças estatisticamente muito significativas ( $p < 0,001$ ) em todas as áreas temáticas e parâmetros de desempenho de literacia em saúde, bem como no valor de literacia em saúde total, em relação aos sexos, sendo que as raparigas apresentam valores mais elevados em todas áreas temáticas, todos os parâmetros

de desempenho e no valor total de literacia em saúde, tal como se verifica na Tabela XVIII do Anexo XIII.

A correlação entre a idade e os níveis de literacia em saúde foi avaliada através do teste de correlação de *Pearson* (Tabela 42). Foram encontradas correlações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) entre a idade e a área temática segurança pessoal, bem como entre a idade e os parâmetros de desempenho conhecimento base e competências de comunicação. Correlações estatisticamente muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) foram encontradas entre a idade e as áreas temáticas gestão do *stress*, saúde reprodutiva/sexual, exercício físico, prevenção de doenças cardiovasculares, prevenção de doenças cancerígenas, entre a idade e os parâmetro de desempenho aquisição de informação e planeamento e processo, bem como entre a idade e os níveis totais de literacia em saúde. Em todas as correlações estatisticamente significativas encontradas, os níveis de literacia em saúde diminuem com a idade dos adolescentes, sendo que quanto mais velhos são, menores os níveis de literacia em saúde nas áreas temáticas, parâmetros de desempenho referidos e níveis totais do conceito.

Tabela 42 - Correlação entre a idade e os níveis de literacia em saúde (teste de correlação de *Pearson*)

	Áreas temáticas	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>p</i>
Idade	Gestão do <i>stress</i>	-0,086	-0,021	0,003**
	Saúde reprodutiva/sexual	-0,103	-0,019	0,001**
	Exercício físico	-0,095	-0,023	0,001**
	Gestão do peso	-0,006	-0,002	0,838
	Uso de substâncias	-0,007	-0,002	0,817
	Segurança pessoal	-0,064	-0,018	0,027*
	Prevenção de doenças cardiovasculares	-0,116	-0,031	0,000**
	Prevenção de doenças cancerígenas	-0,105	-0,031	0,001**
	Advocacia da saúde	-0,031	-0,014	0,295
	<b>Parâmetros de desempenho</b>	<b><i>R</i></b>	<b><i>R</i><sup>2</sup></b>	<b><i>p</i></b>
	Conhecimento base	-0,074	-0,015	0,015*
	Aquisição de informação	-0,132	-0,032	0,000**
	Implementação de estratégia	-0,060	-0,012	0,058
	Fatores que influenciam	-0,058	-0,022	0,053
	Competências de comunicação	-0,063	-0,016	0,030*
	Planeamento e processo	-0,105	-0,026	0,001**
	Advocacia	-0,031	-0,014	0,295
	TOTAL	-0,106	-0,018	0,001**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Depois de percebida as diferenças de literacia entre sexos, procurou perceber se existem diferenças em relação aos adolescentes a frequentar diferentes anos de escolaridade. Para tal, realizou-se o teste *one-way* ANOVA, tendo percebido, tal como se verifica na Tabela 43, que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) e muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) entre todas as áreas temáticas e parâmetros de desempenho da literacia em saúde, tendo em conta os anos de escolaridade frequentados pelos adolescentes, com exceção da área temática segurança pessoal e dos parâmetros de desempenho fatores que influenciam, competências de comunicação e planeamento de processo. O valor total de literacia em saúde também apresenta diferenças estatisticamente muito significativas ( $p < 0,001$ ) entre grupos.

Tabela 43 - Diferenças de literacia em saúde entre anos de escolaridade (teste *one-way* ANOVA)

Ano de escolaridade	Áreas Temáticas	F	p
	Gestão do stresse	11,151	0,000**
	Saúde reprodutiva/sexual	5,352	0,005**
	Exercício físico	7,254	0,001**
	Gestão do peso	11,712	0,000**
	Uso de substâncias	16,225	0,000**
	Segurança pessoal	2,274	0,103
	Prevenção de doenças cardiovasculares	6,979	0,001**
	Prevenção de doenças cancerígenas	3,143	0,044
	Advocacia da saúde	4,263	0,014*
	Parâmetros de desempenho	F	p
	Conhecimento base	18,572	0,000**
	Aquisição de informação	4,970	0,007**
	Implementação de estratégia	9,610	0,000**
	Fatores que influenciam	2,582	0,076
	Competências de comunicação	1,278	0,279
	Planeamento e processo	1,530	0,217
	Advocacia	4,263	0,014*
	TOTAL	9,789	0,000**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Percebidas estas diferenças entre adolescentes a frequentar diferentes anos de escolaridade, compreendeu-se a necessidade de verificar entre que anos de escolaridade as diferenças eram estatisticamente significativas. Realizou-se um teste *Post-Hoc Tukey* nas áreas temáticas e parâmetros de desempenho em que se percebeu existirem diferenças estatisticamente significativas, tal como se apresenta na Tabela XIX do Anexo XIII. Foram encontradas várias diferenças

estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) e muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) entre os adolescentes a frequentar os anos de escolaridade avaliados, no que respeita à literacia em saúde. Foi também notado que os níveis de literacia em saúde, quer em relação às áreas temáticas, quer tendo em conta os seus parâmetros de desempenho ou o valor total de literacia em saúde, são mais elevados nos adolescentes a frequentar o 12º ano/3º ano de escolaridade, em relação aos adolescentes a frequentar anos de escolaridade inferiores.

O mesmo procedimento estatístico foi utilizado para perceber as diferenças de níveis de literacia em saúde, de acordo com as suas temáticas e parâmetros de desempenho, em adolescentes a frequentar diferentes cursos formativos. Para isso recorreu-se também ao teste *one-way* ANOVA para perceber se existem estas diferenças. Tal como se observa na Tabela 44, existem diferenças estatisticamente muito significativas ( $p < 0,001$ ) entre grupos de estudantes a frequentar diferentes cursos formativos em relação a todas as áreas temáticas e parâmetros de desempenho, bem como em relação ao valor total de literacia em saúde.

Tabela 44 - Diferenças de literacia em saúde entre cursos formativos (teste *one-way* ANOVA)

	Áreas Temáticas	F	p
	Gestão do <i>stress</i>	51,772	0,000**
Curso formativo	Saúde reprodutiva/sexual	49,878	0,000**
	Exercício físico	57,904	0,000**
	Gestão do peso	33,565	0,000**
	Uso de substâncias	32,829	0,000**
	Segurança pessoal	17,647	0,000**
	Prevenção de doenças cardiovasculares	45,993	0,000**
	Prevenção de doenças cancerígenas	50,849	0,000**
	Advocacia da saúde	17,970	0,000**
	Parâmetros de desempenho	F	p
	Conhecimento base	84,547	
	Aquisição de informação	57,206	0,000**
	Implementação de estratégia	66,297	0,000**
	Fatores que influenciam	12,339	0,000**
	Competências de comunicação	15,877	0,000**
	Planeamento e processo	27,096	0,000**
	Advocacia	17,970	0,000**
	TOTAL	84,908	0,000**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

O teste *Post-Hoc Tukey* (Tabela XX do Anexo XIII) foi posteriormente utilizado para conhecer as diferenças de literacia em saúde entre os vários cursos formativos. Identificaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) e muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) nos níveis de literacia em saúde em todas as áreas temáticas e parâmetros de desempenho entre os jovens a frequentar os cursos profissionais e os CCH, com exceção da área temática segurança pessoal e dos parâmetros de desempenho fatores que influenciam e competências de comunicação (não foram encontradas diferenças do nível de literacia em saúde em relação ao CCH – línguas e humanidades). Foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) entre os cursos CCH – ciências socioeconómicas e CCH – ciências e tecnologias nas áreas temáticas prevenção de doenças cancerígenas e advocacia da saúde, bem como no parâmetro de desempenho advocacia e total de literacia em saúde. Os cursos CCH – ciências e tecnologias e CCH – artes visuais apresentam também diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,013$ ) de níveis de literacia em saúde no parâmetro de desempenho conhecimentos base. Os cursos profissionais foram os que apresentaram valores mais baixos de níveis de literacia em saúde em qualquer uma das áreas temáticas ou parâmetros de desempenho, bem como no seu valor total, sendo os valores mais elevados encontrados no CCH – ciências e tecnologias, com exceção das áreas temáticas exercício físico e segurança pessoal (os valores mais elevados encontraram-se no CCH - ciências socioeconómicas), na área temática uso de substâncias (o CCH – línguas e humanidades apresentou os valores mais elevados) e no parâmetro de desempenho fatores que influenciam (o CCH – artes visuais apresentam os valores mais elevados).

A nacionalidade dos adolescentes foi outra das características sociodemográficas, sobre a qual se verificou a existência de diferenças nos níveis de literacia em saúde. Para isso, foi utilizado o teste *t-student*, comparando as médias dos níveis de literacia em saúde entre adolescentes de nacionalidade portuguesa e não portuguesa. Tal como se verifica na Tabela XXI do Anexo XIII, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) e muito significativas ( $p \leq 0,01$ ), quer nos níveis de literacia em saúde totais, quer na maioria das suas áreas temáticas e parâmetros de desempenho. As áreas temáticas uso de substâncias, segurança pessoal e prevenção de doenças cancerígenas, bem como os

parâmetros de desempenho fatores que influenciam, competências de comunicação e planeamento e processo não obtiveram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de jovens definidos. De forma global, tendo em conta as diferenças estatisticamente significativas encontradas, percebe-se que os níveis de literacia em saúde em todas as áreas temáticas e parâmetros de desempenho são mais elevados nos adolescentes de nacionalidade portuguesa.

O mesmo teste foi realizado com o objetivo de procurar diferenças de níveis de literacia em saúde entre adolescentes nascidos em Portugal ou noutros países. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de literacia totais, ou em qualquer uma das áreas temáticas ou parâmetros de desempenho, entre jovens nascidos no país ou não.

Foram posteriormente analisadas as diferenças nesses mesmos níveis de literacia em saúde, de acordo com os anos vividos em Portugal, no grupo de adolescentes que referiram não ter nascido no país. Para avaliar esta relação, utilizou-se o teste de correlação de *Pearson* (Tabela 45). Correlações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) foram encontradas entre os anos a viver em Portugal e os níveis de literacia em saúde totais e as áreas temáticas gestão do *stress*, exercício físico e prevenção de doenças cancerígenas, bem como entre os anos a viver em Portugal e o parâmetro de desempenho competências de comunicação. A idade e o parâmetro de desempenho conhecimentos base apresentaram uma correlação estatisticamente muito significativa ( $p=0,004$ ). Em todas as situações mencionadas, o nível de literacia em saúde é maior, quanto maior for o número de anos que um adolescente que não nasceu em Portugal vive no país.

Tabela 45 - Correlação entre os anos vividos em Portugal e os níveis de literacia em saúde (teste de correlação de *Pearson*)

Anos vividos em Portugal	Áreas temáticas	R	R <sup>2</sup>	p
	Gestão do <i>stress</i> e	0,279	0,263	0,020*
	Saúde reprodutiva/sexual	0,203	0,150	0,105
	Exercício físico	0,290	0,298	0,017*
	Gestão do peso	0,240	0,257	0,052
	Uso de substâncias	0,208	0,207	0,084
	Segurança pessoal	0,194	0,224	0,102
	Prevenção de doenças cardiovasculares	0,209	0,221	0,104
	Prevenção de doenças cancerígenas	0,273	0,299	0,044*
	Advocacia da saúde	0,015	0,025	0,911
	Parâmetros de desempenho	R	R <sup>2</sup>	p
	Conhecimento base	0,383	0,252	0,004*
	Aquisição de informação	0,211	0,177	0,113
	Implementação de estratégia	0,275	0,205	0,051
	Fatores que influenciam	0,092	0,128	0,491
	Competências de comunicação	0,244	0,239	0,040*
	Planeamento e processo	0,183	0,149	0,189
	Advocacia	0,015	0,025	0,911
	TOTAL	0,321	0,205	0,032*

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Nem todos os adolescentes referiram melhor dominar o português como língua para comunicar para ler e escrever, comunicar com a família e comunicar com os amigos e nas relações sociais. O teste *t-student* foi utilizado para perceber a diferença do nível de literacia em saúde entre adolescentes que dominam o português ou outra língua nas três situações referidas. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) em relação ao níveis de literacia em saúde nas áreas temáticas gestão do *stress*e e prevenção de doenças cancerígenas entre adolescentes cuja língua que melhor dominam para ler e escrever é o português e adolescentes que melhor dominam outras línguas para a mesma tarefa. Os valores mais elevados de literacia encontrados pertencem aos adolescentes que dominam o português para ler e escrever, o que se observa na Tabela XXII do Anexo XIII).

O mesmo procedimento estatístico foi realizado para conhecer as diferenças entre níveis de literacia em saúde entre jovens que melhor dominam o português ou outra língua para comunicar com a família. Neste caso, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre grupos.



Os níveis de literacia em saúde foram comparados entre adolescentes tendo em conta o melhor domínio do português ou outra língua para falar com os amigos e nas relações sociais, através de procedimentos estatísticos semelhantes aos referidos nas duas situações anteriores. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,032$ ) entre adolescentes que melhor dominam o português e entre adolescentes que melhor dominam outras línguas para comunicar com os amigos e nas relações sociais, em relação aos níveis de literacia em saúde no parâmetro de desempenho aquisição de informação. Estes níveis de literacia em saúde são mais elevados nos adolescentes que referem ter melhor domínio sobre outra língua que não o português para esta tarefa (Tabela XXIII do Anexo XIII).

Considerar pertencer ou não à cultura portuguesa foi outro dos critérios que permitiu a comparação de níveis de literacia em saúde entre adolescentes. Para tal, utilizou-se igualmente o teste *t-student*, cujos resultados se apresentam na Tabela XXIV do Anexo XIII. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p\leq 0,05$ ) entre os adolescentes que referem pertencer à cultura portuguesa e os que referem pertencer a outras culturas em relação às áreas temáticas prevenção de doenças cardiovasculares, bem como em relação aos parâmetros de desempenho conhecimentos base, competências de comunicação e planeamento e processo. Diferenças estatisticamente muito significativas ( $p\leq 0,01$ ) foram encontradas entre estes dois grupos de adolescentes, em relação às áreas temáticas gestão do *stress*, exercício físico e prevenção de doenças cancerígenas, em relação ao parâmetro de desempenho aquisição de informação, bem como em relação ao valor total de literacia em saúde. Os adolescentes que referiram pertencer à cultura portuguesa apresentam níveis de literacia em saúde mais elevados do que os adolescentes que consideram pertencer a outras culturas, quer em relação às áreas temáticas, quer em relação aos parâmetros de desempenho.

Procurou perceber-se se existem também diferenças nos níveis de literacia em saúde entre adolescentes que adquirem ou não panfletos/brochuras sobre saúde, tendo para isso sido utilizado o teste *t-student*. Foram encontradas diferenças estatisticamente muito significativas ( $p\leq 0,01$ ) entre adolescentes que adquirem

panfletos/brochuras sobre saúde e adolescentes que referem não o fazer, em relação a todas as áreas temáticas e parâmetros de desempenho da literacia em saúde, bem como em relação ao seu valor total, com exceção das áreas temáticas gestão do peso e segurança pessoal, cujas diferenças são estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ). Os adolescentes que referem adquirir panfletos/brochuras sobre saúde apresentam valores de literacia em saúde, quer totais, quer das suas áreas temáticas, quer dos seus parâmetros de desempenho, superiores aos adolescentes que referiram não adquirir este material informativo (Tabela XXV do Anexo XIII).

Os jovens inquiridos afirmaram ter recebido informação durante o último ano sobre alguns tópicos relacionados com saúde, nomeadamente saúde oral (dentes e gengivas), saúde sexual (IST's, HIV/SIDA), nutrição, exercício físico, fumar (deixar de), tópicos específicos e outros tópicos. O teste de *t-student* foi utilizado com vista a perceber se existem diferenças nos níveis de literacia em saúde entre adolescentes que afirmam ter recebido informação sobre determinado tópico de saúde durante o último ano e entre os que afirmam não ter recebido informação sobre esse tópico. Estas diferenças foram avaliadas em relação aos níveis de literacia em saúde totais e em relação aos parâmetros de desempenho de literacia em saúde. No que respeita às áreas temáticas de literacia em saúde foram apenas avaliadas as que se relacionavam diretamente com os tópicos de saúde referidos.

Em relação ao tópico sobre nutrição, foram encontradas diferenças estatisticamente muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) entre os adolescentes que afirmaram ter recebido informação sobre este tópico e os que não receberam esta informação, em relação à área temática gestão do peso, em relação a todos os parâmetros de desempenho e em relação ao valor total de literacia em saúde. Os jovens que receberam informação sobre nutrição durante o último ano apresentaram valores mais elevados de literacia em saúde na área temática gestão do peso, em todos os parâmetros de desempenho e no valor total de literacia em saúde, tal como se observa na Tabela 46.

Tabela 46 – Diferenças de literacia em saúde entre adolescentes que receberam informação sobre o tópico nutrição e os que não receberam (teste *t-student*)

Áreas Temáticas	Aquisição de informação sobre Nutrição	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F</i> ( <i>p</i> )	<i>t</i>	<i>p</i>
Gestão do peso	Não	0,58	0,256	1,357	0,244	-2,585	0,010**
	Sim	0,62	0,249				
Parâmetros de desempenho	Aquisição de informação sobre Nutrição	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F</i> ( <i>p</i> )	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento base	Não	0,60	0,191	3,426	0,064	-2,608	0,009**
	Sim	0,63	0,176				
Aquisição de informação	Não	0,64	0,278	6,186	0,013	-3,924	0,000**
	Sim	0,69	0,206				
Implementação de estratégia	Não	0,65	0,197	8,855	0,003	-2,983	0,003**
	Sim	0,68	0,177				
Fatores que influenciam	Não	0,52	0,348	1,884	0,170	-2,624	0,009**
	Sim	0,58	0,341				
Competências de comunicação	Não	0,71	0,235	15,116	0,000	-2,639	0,008**
	Sim	0,74	0,211				
Planeamento e processo	Não	0,66	0,232	2,220	0,136	-4,552	0,000**
	Sim	0,73	0,221				
Advocacia	Não	0,58	0,398	0,000	0,999	-2,838	0,005**
	Sim	0,65	0,385				
TOTAL	Não	0,63	0,170	12,354	0,000	-3,773	0,000**
	Sim	0,68	0,148				

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ 

Diferenças estatisticamente muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) foram também encontradas nos níveis de literacia em saúde entre jovens que afirmaram ter recebido informação sobre saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) durante o último ano e os que referiram não ter recebido essa informação. As diferenças estatisticamente significativas encontradas dizem respeito à área temática saúde reprodutiva/sexual, a todos os parâmetros de desempenho e ao valor total de literacia em saúde, sendo que, como se verifica na Tabela 47, os adolescentes que receberam informação sobre este tópico de saúde apresentam valores mais elevados de literacia em saúde em todos os aspetos avaliados.

Tabela 47 – Diferenças de literacia em saúde entre adolescentes que receberam informação sobre o tópico saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) e os que não receberam (teste *t-student*)

Áreas Temáticas	Aquisição de informação sobre Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F(p)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Saúde reprodutiva/sexual	Não	0,58	0,170	0,197	0,657	-7,294	0,000**
	Sim	0,67	0,172				
Parâmetros de desempenho	Aquisição de informação sobre Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F(p)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento base	Não	0,54	0,198	6,979	0,008	-6,340	0,000**
	Sim	0,63	0,178				
Aquisição de informação	Não	0,56	0,236	9,600	0,002	-7,840	0,000**
	Sim	0,69	0,208				
Implementação de estratégia	Não	0,58	0,194	5,010	0,025	-7,403	0,000**
	Sim	0,68	0,184				
Fatores que influenciam	Não	0,46	0,350	0,042	0,838	-4,155	0,000**
	Sim	0,56	0,342				
Competências de comunicação	Não	0,68	0,244	13,528	0,000	-3,233	0,001**
	Sim	0,73	0,220				
Planeamento e processo	Não	0,62	0,237	0,173	0,678	-5,773	0,000**
	Sim	0,71	0,223				
Advocacia	Não	0,50	0,402	2,099	0,148	-5,004	0,000**
	Sim	0,63	0,387				
TOTAL	Não	0,57	0,170	8,085	0,005	-8,024	0,000**
	Sim	0,67	0,154				

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ 

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) nos níveis totais de literacia em saúde, bem como nos níveis de literacia em saúde nos parâmetros de desempenho entre adolescentes que referiram receber informação sobre os tópicos saúde oral (dentes e gengivas), exercício físico e fumar (deixar de). Em relação às áreas temáticas correspondentes (exercício físico e uso de substâncias, correspondentes aos tópicos exercício físico e fumar (deixar de), respetivamente), também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre adolescentes que referiram receber informação sobre estes tópicos e os que afirmaram não ter recebido esta informação durante o último ano.

O teste de correlação de *Pearson* foi utilizado para perceber se existe correlação entre a frequência de utilização das várias fontes de informação em saúde e os níveis de literacia em saúde (Tabela XXVI do Anexo XIII). Foram encontradas correlações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) e muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) entre a frequência de utilização das várias fontes de informação em saúde

(farmacêuticos, televisão, revistas, médico, *internet*, família/pais, amigos e panfletos/brochuras) e os níveis de literacia em saúde totais, áreas temáticas e parâmetros de desempenho. Estas correlações são maioritariamente positivas, o que significa que os níveis de literacia em saúde aumentam sempre que a frequência de utilização destas fontes de informação em saúde também aumenta. Foram encontradas duas correlações negativas, nomeadamente entre a frequência de utilização da fonte de informação farmacêuticos e os níveis de literacia em saúde na área temática prevenção de doenças cardiovasculares e parâmetro de desempenho conhecimento base.

O mesmo teste estatístico foi realizado com vista a perceber se existe correlação entre os níveis de literacia em saúde e a informação contida nos panfletos/brochuras sobre saúde (Tabela XXVII do Anexo XIII). Encontraram-se correlações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) e muito significativas ( $p \leq 0,01$ ), positivas entre os níveis de literacia em saúde e a frequência de leitura dos panfletos/brochuras sobre saúde pelos jovens, bem como entre os níveis de literacia em saúde e a frequência com que os adolescentes referem encontrar informação útil nesse material informativo. Foi ainda encontrada uma correlação estatisticamente significativa ( $p = 0,047$ ) de carácter negativo, entre a frequência de leitura dos panfletos/brochuras com as pessoas que os entregam aos adolescentes e os níveis de literacia em saúde no parâmetro de desempenho conhecimento base.

A correlação entre a literacia em saúde e a e-literacia em saúde foi percebida com recurso ao teste de correlação de *Pearson*, cujos resultados se apresentam na Tabela XXVIII do Anexo XIII. Foram encontradas correlações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) e muito significativas ( $p \leq 0,01$ ), positivas, entre os níveis de literacia em saúde totais, áreas temáticas e parâmetros de desempenho e entre os itens 2, 5, 7 e 8 da e-literacia em saúde. Correlações negativas estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) e muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) foram encontradas entre os níveis de literacia em saúde totais, áreas temáticas (com exceção das áreas temáticas exercício físico e advocacia) e parâmetros de desempenho (com exceção dos parâmetros de desempenho competências de comunicação e advocacia) e entre os itens 4 e 10 da e-literacia em saúde e níveis de e-literacia totais. Não foram

encontradas correlações entre os níveis de literacia em saúde e os itens 1, 3, 6 e 9 da e-literacia em saúde.

A correlação entre os níveis de literacia em saúde e os níveis de comportamentos promotores de saúde foi também avaliada com recurso ao teste de correlação de *Pearson*. A Tabela XXIX do Anexo XIII apresenta os resultados obtidos desta correlação. Em relação à correlação entre os níveis de literacia em saúde nas áreas temáticas (gestão do *stress*, exercício físico e gestão do peso) e os níveis de comportamentos promotores de saúde nas áreas correspondentes (gestão do *stress*, exercício físico e nutrição, respetivamente), foram encontradas correlações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) entre os níveis de literacia em saúde nas áreas temáticas gestão do *stress* e gestão do peso, com as correspondentes áreas de comportamentos promotores de saúde. Correlações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) e muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) de direção positiva foram também encontradas entre os níveis de literacia em saúde em todas as áreas temáticas com exceção da saúde reprodutiva/sexual e uso de substâncias, com os níveis totais de comportamentos promotores de saúde.

Todas as áreas de comportamentos promotores de saúde, exceto a gestão do *stress*, bem como os níveis totais de comportamentos promotores de saúde, apresentam também correlações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) e muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) com todos os níveis de literacia em saúde em todos os parâmetros de desempenho e com os seus níveis totais.

Percebida a correlação entre os níveis de literacia em saúde e os níveis de comportamentos promotores de saúde, procedeu-se à comparação destes últimos em relação aos grupos definidos tendo em conta os níveis de literacia em saúde: literacia em saúde baixa, média e elevada. Perceberam-se diferenças estatisticamente muito significativas ( $p=0,002$ ) entre grupos, através da aplicação do teste *one-way ANOVA* ( $F=6,484$ ). Tendo sido encontradas estas diferenças, aplicou-se o teste *Post-Hoc Tukey* (Tabela 48), com vista a conhecer entre que grupos essas diferenças são estatisticamente significativas. Diferenças estatisticamente muito significativas ( $p=0,001$ ) nos níveis de comportamentos promotores de saúde, existem entre os adolescentes com níveis de literacia baixos e níveis de literacia elevados, sendo os valores mais altos neste último grupo.

Tabela 48 – Diferenças dos níveis de comportamentos promotores de saúde entre níveis de literacia em saúde (teste *Post-Hoc Tukey*)

	a)	b)	$\bar{x}$ a)	$\sigma$ a)	$\bar{x}$ b)	$\sigma$ b)	Diferença de $\bar{x}$ (a-b)	p
Níveis de Literacia em saúde	Baixo	Médio	3,66	0,438	3,73	0,443	-0,070	0,103
		Elevado			3,79	0,422	-0,129	0,001**
	Médio	Baixo	3,73	0,443	3,66	0,438	0,070	0,103
		Elevado			3,79	0,422	-0,058	0,230
	Elevado	Baixo	3,79	0,422	3,66	0,438	0,129	0,001**
		Médio			3,73	0,443	0,058	0,230

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ 

A análise de regressão linear realizou-se com vista à confirmação de determinadas variáveis como preditoras dos comportamentos promotores de saúde e da literacia em saúde.

Como forma de verificar se a literacia em saúde é preditora dos comportamentos promotores de saúde, realizou-se em primeiro lugar uma regressão linear múltipla pelo método *Stepwise*, utilizando como variáveis preditoras as áreas temáticas de literacia em saúde (Tabela XXX do Anexo XIII). Considerando a amostra total, foram encontradas variáveis preditoras para os comportamentos promotores de saúde totais, bem como para os comportamentos promotores de saúde em todas as subescalas, excetuando exercício físico e gestão do *stress*. A literacia em saúde na área da prevenção das doenças cardiovasculares explica 1,1% da variância dos comportamentos promotores de saúde totais e 1,8% e 0,5% da variância desses comportamentos em nutrição e suporte social, respetivamente. A gestão do *stress* é outra das temáticas de literacia em saúde preditoras de comportamentos promotores de saúde, nomeadamente 0,5% em Nutrição e 0,6% em apreciar a vida. O exercício físico e a advocacia explicam respetivamente 1,5% e 0,7% da variância dos comportamentos promotores de saúde em responsabilidade pela saúde.

No sexo feminino, o preditor dos comportamentos promotores de saúde mantém-se a prevenção de doenças cardiovasculares (explicando 1,1% dos comportamentos promotores de saúde em nutrição e exercício físico, respetivamente), enquanto nos adolescentes do sexo masculino, a gestão do peso e a gestão do *stress* assumem-se como os principais preditores dos comportamentos promotores de saúde. Estes comportamentos na subescala nutrição são os que vêm a sua variância explicada em maior percentagem (3,5%)

pela literacia em saúde na área temática gestão do *stresse* (2,8%) e Exercício físico (0,7%).

Nos adolescentes mais novos, a variância dos comportamentos promotores de saúde totais e em todas as subescalas com exceção do exercício físico, é explicada pela literacia em saúde nas áreas gestão do *stresse*, gestão do peso e advocacia da saúde. A literacia em gestão do *stresse* prediz 1,3%, 2,7%, 1,4% e 1,5% dos comportamentos promotores em saúde totais, em nutrição, em suporte social, em apreciar a vida e em gestão do *stresse*, respetivamente. Já nos adolescentes mais velhos, os preditores são essencialmente a literacia em saúde nas áreas prevenção de doenças cardiovasculares, prevenção de doenças cancerígenas e advocacia da saúde. Os comportamentos promotores de saúde em nutrição e responsabilidade pela saúde foram os que viram a sua variância mais explicada por estas áreas de literacia em saúde. 3,4% da variância deste tipo de comportamentos em nutrição é explicada pela literacia em saúde na área de advocacia da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares e 3,9% dos comportamentos promotores de saúde em responsabilidade pela saúde são explicados pela literacia em saúde na área prevenção de doenças cancerígenas.

Analisando esta relação de predição nos adolescentes, tendo em conta o curso formativo frequentado, percebe-se que é nos adolescentes a frequentar o CCH – línguas e humanidades, que as predições assumem percentagens explicativas de variância com os valores mais elevados, apesar de existirem regressões estatisticamente muito significativas em todos os grupos. Desta forma, neste grupo de adolescentes, o uso de substância, o exercício físico e a gestão do *stresse* são as áreas de literacia em saúde que explicam uma percentagem da variância dos comportamentos promotores de saúde, nomeadamente nas subescalas nutrição (29,1%) e exercício físico (32,3%).

Nos adolescentes cuja nacionalidade é portuguesa, cuja cultura é portuguesa e cuja língua que melhor dominam para ler e escrever, comunicar com a família e comunicar com os amigos e nas relações sociais é o português, os resultados encontrados são estatisticamente significativos, mas a explicação da variância é inferior, comparando com os adolescentes cuja nacionalidade ou cultura é não portuguesa e cuja língua que melhor dominam nas três situações descritas é não



portuguesa também. No caso dos adolescentes cuja nacionalidade é não portuguesa a área de literacia em saúde que maior percentagem de variância de comportamentos promotores de saúde explica é a saúde reprodutiva/sexual (explicando 14,4%, 21,6% e 24,0% dos comportamentos promotores de saúde totais, de suporte social e de gestão de *stress*, respetivamente), a prevenção de doenças cardiovasculares (explicando 15,1% e 13,5% dos comportamentos promotores de saúde totais e de suporte social, respetivamente) e a gestão do peso (explicando 8,7% dos comportamentos promotores de saúde em suporte social). No grupo de adolescentes cuja língua que melhor dominam para ler e escrever não é o português, a maior percentagem de explicação de variância de comportamentos promotores de saúde explicada é na subescala suporte social (43,8% de variância explicada pela literacia em saúde na área saúde reprodutiva/sexual), enquanto nos adolescentes cuja língua que melhor dominam para comunicar com a família é não portuguesa, a maior percentagem de explicação (39,3%) diz respeito aos comportamentos promotores de saúde em gestão do *stress* pela literacia em saúde na área saúde reprodutiva/sexual. Nos adolescentes cuja língua melhor dominam para comunicar com os amigos e nas relações sociais é não portuguesa, encontraram-se explicações de variância dos comportamentos promotores de saúde totais e de todas as subescalas, excetuando a responsabilidade pela saúde, sendo a que sofre maior impacto pelas áreas temáticas da literacia em saúde, a subescala exercício físico, com 98,5% da sua variância explicada pela literacia em saúde nas áreas prevenção de doenças cardiovasculares (57,6%), advocacia da saúde (28,0%) e Exercício físico (12,9%). A literacia em saúde na área segurança pessoal explica 42,2% da variância dos comportamentos promotores de saúde em exercício físico nos adolescentes que consideram não pertencer à cultura portuguesa.

O mesmo método foi utilizado para perceber se os parâmetros de desempenho de literacia em saúde são ou não preditores dos comportamentos promotores de saúde. Como se verifica na Tabela XXXI do Anexo XIII, o parâmetro conhecimento base é preditor dos comportamentos promotores de saúde totais, explicando 1,3% da sua variância, bem como dos comportamentos promotores de saúde em nutrição, responsabilidade pela saúde e apreciar a vida, explicando 1,6%, 1,5% e 0,8% da variância destes, respetivamente. Também a advocacia parece ser

preditora de comportamentos promotores de saúde em nutrição e responsabilidade pela saúde (0,4% de explicação em ambos os casos) e as competências de comunicação em relação aos comportamentos referidos em suporte social (0,6%). Mais uma vez não se encontraram preditores para os comportamentos promotores de saúde em exercício físico e gestão do *stresse*.

Nos adolescentes do sexo masculino, os conhecimentos base são o parâmetro de literacia em saúde que mais variância explica nos comportamentos promotores de saúde, explicando 2,6% da variância destes na subescala nutrição. No sexo feminino, o conhecimento base explica 0,9% da variância dos comportamentos promotores de saúde em exercício físico e o planeamento e processo explica 0,8% da variância destes comportamentos em nutrição.

Os comportamentos promotores de saúde totais, em nutrição, suporte social, responsabilidade pela saúde, apreciar a vida e gestão do *stresse* apresentam uma percentagem da sua variância explicada pelos parâmetros de literacia em saúde conhecimentos base, competências de comunicação, advocacia e aquisição de informação, no grupo de adolescentes mais novos, sendo que a variância mais explicada é a dos comportamentos promotores de saúde totais (2,2%). Nos adolescentes mais velhos, os comportamentos promotores de saúde totais e das subescalas nutrição, suporte social, responsabilidade pela saúde e exercício físico têm também uma percentagem da sua variância explicada pelos parâmetros de literacia em saúde advocacia, implementação de estratégia, conhecimento base (explica 3,0% da variância dos comportamento promotores de saúde em responsabilidade pela saúde) e fatores que influenciam.

Também aqui, os grupos de adolescentes que apresentaram valores mais elevados de variância explicada nos seus comportamentos promotores de saúde pelos parâmetros de literacia em saúde foram os adolescentes cuja língua que melhor dominam para ler e escrever, cuja língua melhor dominam para comunicar com os amigos e nas relações sociais e cuja cultura é não portuguesa. Nos jovens cuja língua melhor dominam para ler e escrever é não portuguesa os comportamentos promotores de saúde em responsabilidade pela saúde apresentam um preditor, a aquisição de informação, sendo que este explica 26,6% da variância do primeiro. Já nos adolescentes cuja língua melhor dominam para falar com os amigos e nas

relações sociais é não portuguesa o parâmetro de literacia em saúde aquisição de Informação é preditora dos comportamentos promotores de saúde totais (87,3%) e nas subescalas nutrição (61,4%), apreciar a vida (73,4%), exercício físico (74,5%) e gestão do *stresse* (57,2%). Nos adolescentes cuja cultura é não portuguesa, o parâmetro de literacia em saúde competências de comunicação é preditora dos comportamentos promotores em saúde totais (32,5%) e nas subescalas responsabilidade pela saúde (44,6%) e gestão do *stresse* (43,9%).

O método *Enter* da regressão linear permitiu perceber que a literacia em saúde no seu conceito total é também preditora dos comportamentos promotores de saúde totais, explicando 1,2% da sua variância, bem como de todas as áreas desses mesmos comportamentos (variando de 2,1% a 0,5% na explicação da variância), excetuando o exercício físico e a gestão do *stresse*, onde o modelo de regressão linear não é válido ( $p > 0,05$ ), o que se pode observar na Tabela XXXII do Anexo XIII.

Nos adolescentes do sexo masculino, a literacia em saúde é preditora dos comportamentos promotores de saúde totais, e nas subescalas nutrição, responsabilidade pela saúde e apreciar a vida, variando a predição de 1,2% a 3,4% em explicação a variância. Em relação ao sexo feminino, apenas 0,9% da variância dos comportamentos promotores de saúde em nutrição é explicado pela literacia em saúde total.

Todos os comportamentos promotores de saúde, com exceção das subescalas exercício físico e gestão do *stresse*, apresentam uma percentagem da variância explicada pela literacia em saúde, no caso dos adolescentes mais novos, explicação essa que varia de 0,9% a 2,2%. Já no caso dos adolescentes com idade superior a 17 anos, apenas os comportamentos promotores de saúde em nutrição e responsabilidade pela saúde apresentam como preditora a literacia em saúde (1,8% e 3,5%, respetivamente).

A literacia em saúde apresenta-se também como preditora dos comportamentos promotores em saúde em suporte social (35,1%) e responsabilidade pela saúde (26,6%) nos adolescentes cuja língua que melhor dominam para ler e escrever é não portuguesa, em detrimento dos jovens cuja língua dominada nesta situação é o português, cujos valores preditivos encontrados eram baixos. Já nos

adolescentes cuja língua que melhor dominam para comunicar com os amigos e nas relações sociais não é o português, a literacia é preditora dos comportamentos promotores de saúde em nutrição, explicando 46,8% da sua variância.

A e-literacia em saúde parece também ser preditora dos comportamentos promotores de saúde, como se verifica pelos dados apresentados na Tabela XXXIII do Anexo XIII. O conceito explica 4,6% da variância dos comportamentos promotores de saúde totais, 1,2% da variância desses comportamentos em nutrição, 1,6% em suporte social, 4,3% em responsabilidade pela saúde, 2,2% em apreciar a vida e 1,3% em exercício físico e 3,3% em gestão do *stresse*.

Em relação aos adolescentes do sexo masculino, a e-literacia em saúde é preditiva dos comportamentos promotores de saúde totais e de todas as subescalas, excetuando a nutrição, explicando 2,7% da variância do valor total de comportamento promotores de saúde. Já no sexo feminino, este valor sobe para 8,0%, sendo que em todas as subescalas de comportamentos promotores de saúde existe uma percentagem de variância explicada pela e-literacia em saúde.

Em adolescentes com idades até os 16 anos, também todos os comportamentos promotores de saúde veem a sua variância explicada em parte pela e-literacia, sendo esta explicadora de 5,4% do seu valor total. Em adolescentes com idades superiores, esse valor decresce para 3,5%, não havendo predição no caso dos comportamentos promotores de saúde em nutrição.

Quando os adolescentes dominam outra língua que não o português para comunicar com a sua família, a e-literacia em saúde explica 12,4% da variância dos comportamentos promotores totais, 22,1% dos comportamentos promotores totais em Nutrição e 11,7% do mesmo tipo de comportamentos em responsabilidade pela saúde.

Através do modelo de regressão linear múltipla pelo método *Stepwise* foi também percebido que determinadas fontes de informação em saúde são também preditoras dos comportamentos promotores de saúde (Tabela XXXIV do Anexo XIII). A pesquisa de informação sobre saúde nas revistas prediz 6,7% dos comportamentos promotores de saúde totais, 4,3% da variância desses comportamentos são explicados pela procura de informação sobre saúde na família

---

(pais), 2,2% pela utilização da fonte de informação panfletos/brochuras e 0,7% pela fonte de informação em saúde médico. Todas as áreas de comportamentos promotores de saúde apresentam fontes de informação em saúde explicadoras de variância próprias, sendo que todas as fontes de informação predizem estes comportamentos.

Nos adolescentes do sexo masculino, 10,7% da variância dos comportamentos promotores de saúde totais é explicada pela procura de informação sobre saúde nas fontes família (pais), revistas e panfletos/brochuras (5,9%, 3,5% e 1,3% respetivamente). A utilização destas fontes, acrescida da fonte de informação médico, explica 13,1% da variância do mesmo tipo de comportamentos em responsabilidade pela saúde. Nos jovens do sexo feminino, a utilização das fontes de informação panfletos/brochuras (9,1%), família (pais) (5,3%), revistas (2,4%) e médico (2,0%), explicam 18,8% da variância dos comportamentos promotores de saúde totais. Em ambos os casos, quer os comportamentos promotores de saúde totais, que nas suas subescalas, apresentam como preditora a utilização de alguma fonte de informação em saúde.

As revistas (7,6%), a família (pais) (4,9%), os panfletos/brochuras (1,7%) e o médico (0,5%) são, por ordem decrescente de predição, as fontes de informação em saúde preditoras dos comportamentos promotores de saúde totais (14,7% da variância explicada) nos adolescentes mais novos. Nos adolescentes mais velhos, as fontes de informação preditoras de comportamentos promotores de saúde são semelhantes, mas com uma ordem de importância preditiva diferente. Neste caso, os panfletos/brochuras são a fontes de informação com maior poder preditivo, seguindo da família (pais), das revistas e do médico, explicando 6,5%, 4,1%, 0,9% e 0,7%, respetivamente, da variância dos comportamentos promotores de saúde totais. Todos os tipos de comportamentos promotores de saúde apresentam uma percentagem de variância explicada pela utilização de uma ou mais fontes de informação em saúde.

Os adolescentes a frequentar o CCH – línguas e humanidades apresentaram, em relação aos restantes, valores preditivos de comportamentos promotores de saúde, mais elevados, sendo que 35,6% da variância destes comportamentos totais, é

explicada pela utilização da fonte de informação médico, televisão e *internet* (14,1%, 9,7% e 11,8%, respetivamente).

Também os adolescentes que melhor dominam uma língua não portuguesa para comunicar com a família e com os amigos e nas relações sociais apresentam valores preditivos mais elevados de comportamentos promotores de saúde, em relação às fontes de informação em saúde, comparando com os adolescentes cuja língua melhor dominada é o português. No primeiro caso, as revistas são a fonte de informação preditiva dos comportamentos promotores de saúde totais (14,5%), à qual se juntam a televisão e a *internet* na predição destes comportamentos em responsabilidade pela saúde (37,7%) de explicação da variância. Ainda neste grupo de adolescentes, os amigos e o farmacêutico são as fontes de informação preditivas dos comportamentos referidos em gestão do *stresse*. No segundo caso, a variância dos comportamentos promotores de saúde em suporte social é explicada 34,8% pela fonte de informação médico, a dos comportamentos promotores de saúde em exercício físico, é explicada 31,9% pela fonte de informação televisão e a variância destes comportamentos em gestão do *stresse*, é 38,0% explicada pela utilização da fonte de informação em saúde revistas.

A aquisição de panfletos/brochuras enquanto fonte de informação em saúde explica também uma percentagem da variância dos comportamentos promotores em saúde totais (4,7%) e das suas áreas (de 5,2% a 1,0%), tal como se observa na Tabela XXXV do Anexo XIII.

Nos adolescentes do sexo masculino, o valor de explicação da variância dos comportamentos promotores de saúde totais, explicada pela aquisição de panfletos/brochuras é de 4,1% (nos comportamentos promotores de saúde por subescalas, a explicação de variância varia de 0,8% a 3,3%), e no sexo feminino de 4,8%, variando de 0,8% a 4,1% nas subescalas. Já nos adolescentes com idades até aos 16 anos, esse valor é de 4,9% (entre 1,0% e 4,7% nas subescalas) e nos adolescentes mais velhos, o valor de explicação da variância diminui ligeiramente para 3,8%, com explicações de variância nos comportamentos promotores de saúde das subescalas entre 0,4% e 6,1%.

Os adolescentes cuja língua melhor dominam para ler e escrever é não portuguesa apresentam valores preditivos mais elevados do que os adolescentes que melhor dominam o português nesta tarefa. Desta forma, no primeiro grupo de adolescentes referido, os valores preditivos dos comportamentos promotores de saúde totais são de 31,0%, na subescala nutrição de 39,1%, na subescala responsabilidade pela saúde de 21,3%, na subescala apreciar a vida 17,2% e na subescala gestão do *stress* 14,6%, sendo que nas restantes subescalas a aquisição de panfletos/brochuras não prediz os comportamentos promotores de saúde.

A informação contida nesta fonte de informação, tem também um impacto estatisticamente muito significativo ( $p \leq 0,01$ ) na variância dos comportamentos promotores de saúde totais, explicando 8,6%, e suas áreas (de 0,9% a 9,9%), tal como se verifica nos resultados obtidos pelo modelo de regressão linear múltipla pelo método *Stepwise* (Tabela XXXVI do Anexo XIII). A leitura imediata dos panfletos/brochuras assim que são recebidos explica 6,6% da variância dos comportamentos promotores de saúde totais, a utilidade da informação contida nesses materiais explica 2,7% e a leitura conjunta com o profissional que os entrega, explica 0,3% dessa variância.

No grupo de adolescentes do sexo masculino, a variância explicada de comportamentos promotores de saúde totais é de 7,3% em relação à leitura imediata deste material informativo assim que é recebido e de 1,4% respeitante à utilidade da informação contida nos mesmos. Já no sexo feminino, a utilidade da informação tem um valor preditivo mais elevado (5,6%), seguida da leitura imediata (1,5%) e da leitura conjunta com o profissional que entrega este material informativo (0,7%). Em ambos os grupos, os comportamentos promotores de saúde de todas as subescalas apresentam valores preditivos em relação à informação sobre saúde contida nos panfletos/brochuras.

Em adolescentes com idade até 16 anos, a explicação de variância dos comportamentos promotores de saúde totais é de 12,0% pelos três aspetos considerados como preditores. Também aqui todas as subescalas de comportamentos promotores de saúde apresentam valores preditivos tendo por base a Informação sobre saúde contida nos panfletos/brochuras. Nos adolescentes com idades a partir de 17 anos, apenas a leitura imediata dos panfletos/brochuras

assim que são recebidos se afirma com preditora de comportamentos promotores de saúde totais (5,9%) e de todas as suas subescalas (explicação de variância entre 1,2% e 6,8%).

Nos grupos de adolescentes cuja língua que melhor dominam é não portuguesa para ler e escrever e para falar com os amigos e nas relações sociais, a explicação da variância dos comportamentos promotores de saúde totais são mais elevados do que os já referidos, tendo em conta a Informação sobre saúde contida nos panfletos/brochuras. No primeiro grupo, a predição é de 28,1% destes comportamentos totais pela utilidade da informação. No segundo grupo, apenas um preditor foi encontrado, a utilidade da informação, que explica 30,5% dos comportamentos promotores de saúde totais.

Outro dos preditores dos comportamentos promotores de saúde são os tópicos em saúde sobre os quais os jovens receberam informação (Tabela XXXVII do Anexo XIII), que explicam apenas 0,8% da sua variância, nomeadamente os tópicos nutrição e saúde oral (dentes e gengivas). Não foram encontrados preditores em termos de tópicos em saúde sobre os quais os jovens receberam informação para os comportamentos promotores em saúde nas áreas apreciar a vida e gestão do *stress*.

Uma predição de 0,5% dos comportamentos promotores de saúde em apreciar a vida no sexo masculino é explicada pela aquisição de informação sobre saúde oral (dentes e gengivas), e de 1,0% dos comportamentos promotores de saúde em exercício físico pelo tópico de informação exercício físico, não tendo sido encontradas mais predições neste grupo. No sexo feminino, a explicação de variância dos comportamentos promotores de saúde totais é de 2,8% pelos tópicos de informação exercício físico e saúde oral (dentes e gengivas), variando as explicações de variância nas subescalas dos comportamentos promotores de saúde entre 0,6% e 5,4%, explicadas por vários tópicos de informação.

O tópico de informação em saúde exercício físico explica 1,2% dos comportamentos promotores de saúde totais nos adolescentes mais novos, sendo a mesma percentagem dos mesmos comportamentos dos adolescentes mais velhos, explicada pelo tópico de informação saúde oral (dentes e gengivas).



---

Receber informação sobre exercício físico e nutrição explicam, respetivamente 21,4% e 10,0% da variância dos comportamentos promotores de saúde em suporte social nos adolescentes que consideram a sua cultura não portuguesa.

Considerando a literacia em saúde e a e-literacia em saúde, procurou perceber-se que percentagem de variância de cada um dos conceitos era explicada pelo outro. Partindo da análise de regressão linear simples e múltipla pelo método *Enter* e *Stepwise*, percebeu-se não existirem relações de predição entre estes dois conceitos, no grupo da amostra total, literacia e e-literacia em saúde, excetuando a predição mútua de 0,3% da variância ( $R=0,062$ ;  $R^2=0,003$ ;  $p=0,042$ ;  $F=4,153$ ;  $B=-0,0152$ ) entre o parâmetro de desempenho de literacia em saúde planeamento e processo e a e-literacia em saúde.

Valores semelhantes (não significativos) foram encontrados entre estes dois conceitos nos restantes grupos de adolescentes analisados, grupos estes retirados da amostra, considerando as suas características sociodemográficas e resultados obtidos nas escalas de promoção de comportamentos saudáveis, e-literacia em saúde e literacia em saúde.

Uma pequena parte da variância da literacia em saúde, que total, quer em cada área temática e em cada parâmetro de desempenho, é explicada pela frequência de utilização das fontes de informação em saúde Tabela XXXVIII do Anexo XIII). A frequência de utilização das revistas é preditora de 1,3% da literacia em saúde total, seguida do médico (0,7%), farmacêutico (0,7%) e dos panfletos/brochuras (0,4%). A família (pais) e os amigos são as duas fontes de informação em saúde que não influenciam os níveis de literacia em saúde considerando a amostra total.

O médico e o farmacêutico são as fontes de informação que, quando utilizadas, explicam 2,2% da variância da literacia em saúde total no grupo de adolescentes do sexo masculino. No grupo de adolescentes do sexo feminino, não existem preditores de fontes de informação em saúde que expliquem variância de literacia em saúde total. Neste grupo, apenas a utilização da *internet* como fonte de informação é preditora da literacia em saúde na área temática exercício físico (explica 1,3% da sua variância) e a utilização da fonte de informação amigos é

preditora do parâmetro de desempenho de literacia em saúde planeamento e processo, explicando 1,1% da sua variância.

Nos adolescentes mais jovens, 2,5% da variância da literacia em saúde total é explicada pela utilização das fontes de informação em saúde revistas (1,9%) e panfletos/brochuras (0,6%). Os médicos (2,0%) e os farmacêuticos (1,9%) são as fontes de informação preditoras de 3,9% da variância da literacia em saúde total, nos adolescentes mais velhos.

Os adolescentes a frequentar o CCH – línguas e humanidades apresentam valores preditivos mais elevados, comparando com os adolescentes a frequentar outros cursos formativos. Neste grupo, a utilização da fonte de informação família (pais) é preditiva da literacia em saúde total, explicando 12,4% da sua variância. O parâmetro de desempenho de literacia em saúde planeamento e processo tem 25,6% da sua variância explicada pela utilização da fonte de informação farmacêutico.

No grupo de adolescentes não portugueses a literacia em saúde total tem 18,5% da sua variância explicada pela utilização da fonte de informação em saúde farmacêutico.

Quando a língua melhor dominada para ler e escrever é não portuguesa, a literacia em saúde total não apresenta preditores de fontes de informação em saúde. Neste grupo, o farmacêutico como fonte de informação em saúde explica 13,4% da variância da literacia em saúde na área temática uso de substâncias, a família (pais) explica 16,8% da literacia em saúde na área temática prevenção de doenças cardiovasculares e a *internet* enquanto fonte de informação explica 23,6% da variância da literacia em saúde na área temática da prevenção de doenças cancerígenas e 36,1% da variância da literacia em saúde no parâmetro de desempenho fatores que influenciam.

23,5% da variância da literacia em saúde total é explicada pela utilização da fonte de informação farmacêutico nos adolescentes que dominam outra língua que não o português para comunicar com a família.

Quando a língua melhor dominada para comunicar com os amigos e nas relações sociais é não portuguesa, não existem preditores relacionados com as fontes de informação em saúde que expliquem variância na literacia em saúde total. Apesar disto, neste grupo, as fontes de informação em saúde médico, televisão, panfletos/brochuras, farmacêutico e amigos, são preditoras de literacia em saúde em várias áreas temáticas e parâmetros de desempenho, sendo o valor de maior predição, o referente à explicação de 76,9% da variância da literacia em saúde na área temática de saúde reprodutiva/sexual, explicada pelas fontes de informação médico e televisão.

Também nos adolescentes com cultura não portuguesa, não foram encontrados preditores em fontes de informação em saúde na literacia em saúde. A literacia em saúde nas áreas temáticas gestão do *stress*, saúde reprodutiva/sexual e prevenção de doenças cardiovasculares, apresenta 32,4%, 16,0% e 34,4% da variância explicada, respetivamente, pela fonte de informação médico. A mesma fonte de informação explica também 32,6% da variância da literacia em saúde no parâmetro de desempenho conhecimento base.

Procurando perceber se existe uma relação de predição entre a aquisição de panfletos/brochuras e a literacia em saúde, foi realizada uma análise estatística com recurso a regressão linear simples pelo método *Enter*. Tal como apresentado na Tabela XXXIX do Anexo XIII, a aquisição de panfletos/brochuras é preditora da literacia em saúde total, explicando 2,7% da sua variância. Todas as áreas temáticas e parâmetros de desempenho de literacia em saúde apresentam parte da sua variância explicada por este preditor, variando esta explicação de 0,3% (área temática segurança pessoal) a 3,2 % (áreas temáticas exercício físico e prevenção de doenças cancerígenas).

No grupo de adolescentes do sexo masculino, a predição da literacia em saúde total diminui para 1,4%, sendo algumas das áreas temáticas e parâmetros de desempenho não apresentam variância explicada pela aquisição de panfletos/brochuras. Das áreas temáticas e parâmetros de desempenho que apresentam valores estatisticamente significativos de regressão, a que apresenta maior explicação de variância por este preditor é a o parâmetro de desempenho competências de comunicação (0,5%) e a que apresenta maior valor preditivo, a

área temática exercício físico. No sexo feminino não foram encontradas quaisquer regressões estatisticamente significativas e que permitam explicar a variância da literacia em saúde com base no preditor avaliado.

Em termos de idade, nos adolescentes com idade inferior a 16 anos, 1,8% da variância da literacia em saúde é explicada pela aquisição de panfletos/brochuras, subindo este valor para 3,7% nos adolescentes com idade superior a 17 anos. Nos adolescentes mais novos, os valores de predição variam de 0,5% (área temática gestão do peso) e 2,5% (área temática exercício físico), enquanto nos adolescentes mais velhos, os valores vão de 1,1% (parâmetro de desempenho fatores que influenciam) e 4,1% (área temática prevenção de doenças cancerígenas). Em ambos os grupos existem áreas temáticas, bem como parâmetros de desempenho nos adolescentes mais novos, cujas variâncias não sofrem impacto do preditor referido.

Nos adolescentes cuja língua melhor dominam para ler e escrever é não portuguesa, apenas a variância dos parâmetros de desempenho aquisição de informação e implementação de estratégia apresenta uma percentagem explicada pela aquisição de panfletos/brochuras (18,2% e 25,9%, respetivamente). Já nos adolescentes que melhor dominam uma língua não portuguesa para comunicar com os amigos e nas relações sociais, as áreas temáticas saúde reprodutiva/sexual e gestão do peso, bem como os parâmetros de desempenho aquisição de informação e fatores que influenciam apresentam parte da sua variância explicada por este preditor (88,0%, 68,5%, 40,8% e 32,5%, respetivamente).

O teste de regressão linear múltipla, pelo método *Stepwise*, foi utilizado para perceber se a informação sobre saúde contida nos panfletos/brochuras é preditora da literacia em saúde (Tabela XXXX do Anexo XIII). Percebeu-se que 5,1% da variância da literacia em saúde total é explicada pela leitura imediata dos panfletos/brochuras, assim que são recebidos (3,2%), pela utilidade da informação (0,8%) e pela leitura conjunta com o profissional que entrega o material informativo (1,1%). Todas as áreas temáticas e parâmetros de desempenho apresentam parte da sua variância explicada por este preditor.

Em adolescentes do sexo masculino, o valor de predição referido aumenta para 5,5%, correspondendo a 2,8% para a leitura imediata do material informativo assim que é recebido, 1,8% à leitura conjunta com o profissional que o entrega e 0,9% à utilidade da informação. Também neste grupo todas as áreas temáticas e parâmetros de desempenho apresentam parte da sua variância explicada pela Informação sobre saúde contida nos panfletos/brochuras. No grupo de adolescentes do sexo feminino, a variância de literacia em saúde total não sofre impacto por parte deste preditor, sendo que apenas a literacia em saúde na área temática gestão do *stress* tem a sua variância explicada em 0,7% pela leitura imediata dos panfletos/brochuras assim que são recebidos.

Uma parte da variância da literacia em saúde total (4,3%), nos adolescentes mais novos, é explicada pela leitura imediata dos panfletos/brochuras assim que são recebidos e pela utilidade da informação contida neste material. Para além disso, todas as áreas temáticas e parâmetros de desempenho da literacia em saúde apresentam parte da sua variância predita pela informação sobre saúde contida nos panfletos/brochuras. No grupo de adolescentes mais velhos, a explicação de literacia em saúde total é de 6,5% pelos três itens do preditor em causa.

Considerando o grupo de adolescentes cuja língua melhor dominada para ler e escrever é não portuguesa, apenas a literacia em saúde na área temática uso de substâncias sofre predição na sua variância (21,2%) pela utilidade da informação contida neste tipo de material informativo. Já nos adolescentes que melhor dominam outra língua que não o português para comunicar com a família, a leitura imediata dos panfletos/brochuras prediz 25,2% da variância da literacia em saúde total, e a leitura conjunta deste material com o profissional que o entrega prediz, respetivamente 26,8% e 26,0% da variância da literacia em saúde nos parâmetros desempenho implementação de estratégia e planeamento e processo.

O mesmo método estatístico (regressão linear múltipla, pelo método *Stepwise*) foi utilizado, com vista a conhecer o impacto preditivo da informação recebida por tópicos de informação na literacia em saúde (Tabela XXXXI do Anexo XIII). Receber informação durante o último ano acerca de saúde sexual (IST's, HIV/SIDA), nutrição, fumar (deixar de) e saúde oral (dentes de gengivas) tem um efeito preditor de 7,0%, 0,7%, 0,9% e 0,6%, respetivamente, na variância da literacia em saúde

total. A mesma variância, no sexo masculino, apresenta uma explicação de 10,4% com base nos tópicos de informação saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) e saúde oral (dentes de gengivas), com uma explicação de 8,8% e 1,6%, respetivamente. No sexo feminino, os tópicos de informação com poder preditivo sobre a literacia em saúde total são a saúde sexual (IST's, HIV/SIDA), Fumar (deixar de), nutrição e saúde oral (dentes de gengivas), sendo que o total de variância explicada é de 6,8% e o contributo de cada tópico de informação é de 4,7%, 0,7%, 0,8% e 0,6%, ordenadamente.

Nos adolescentes mais novos, a variância da literacia em saúde total é 6,3% explicada pela informação recebida sobre os tópicos saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) e nutrição, contribuindo estes com 5,4% e 0,9%, respetivamente. O valor de variância explicada da literacia em saúde total aumenta para 11,7% no grupo de adolescentes mais velhos, percentagem esta explicada pelos tópicos de informação preditores saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) (8,9%), fumar (deixar de) (1,3%) e nutrição (1,5%).

Tendo em conta os resultados mais relevantes em termos de predição, quatro grupos de adolescentes foram destacados, nomeadamente os adolescentes que dominam uma língua não portuguesa para ler e escrever, comunicar com a família e comunicar com os amigos e nas relações sociais, bem como o grupo de adolescentes que consideram pertencer a uma cultura não portuguesa.

No grupo de adolescentes cuja língua dominada para ler e escrever é não portuguesa, não existe predição da literacia em saúde total considerando os preditores em causa. Percebeu-se uma predição estatisticamente significativa na variância dos parâmetros de desempenho em literacia em saúde conhecimento base, aquisição de informação e implementação de estratégia, pelos tópicos de informação preditores fumar (deixar de) (38,1%), exercício físico (25,0%) e saúde oral (dentes e gengivas) (22,7%), respetivamente para cada um dos parâmetros. No Grupo de adolescentes que dominam uma língua não portuguesa para comunicar com a família, também não se observou variância da literacia em saúde total explicada pelos preditores em análise. Receber informação sobre nutrição é preditora da literacia em saúde na área temática exercício físico (16,2%) e receber

informação sobre saúde oral (dentes e gengivas) explica 29,6% da variância da literacia em total no parâmetro de desempenho conhecimento base.

Quando a língua dominada para comunicar com os amigos e nas relações sociais é não portuguesa, a variância da literacia em saúde total é 57,5% explicada pela Informação recebida sobre o tópico nutrição. Apenas o tópico de informação exercício físico é preditor da literacia em saúde no parâmetro de desempenho planeamento e processo no grupo de adolescentes com cultura não portuguesa.





## 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A ELES apresenta bons valores de consistência interna (George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2008), com itens válidos que permitem uma adequada avaliação da e-literacia em saúde na população adolescente portuguesa. Nenhum dos itens é dispensável, avaliando pela consistência interna da escala que se mantém estável, no caso da omissão de itens, bem como considerando as correlações entre itens que apesar de se apresentarem na sua maioria baixas e moderadas (Pestana & Gageiro, 2008), todas elas são muito significativas estatisticamente ( $p < 0,001$ ). Comparando com os valores de validação da escala original, a consistência interna manteve valores semelhantes, apresentando contudo correlações entre os itens mais fortes na escala original.

Realizada a análise fatorial, suportada por um bom valor de *Keiser-Meyer-Olkin* (Marôco, 2011; Pestana & Gageiro, 2008) e um teste de esfericidade de *Bartlett* estatisticamente muito significativo, percebeu-se que a fatorização a um vetor apresentou valores semelhantes à validação da escala original. Contudo, a explicação da variância apresenta-se ligeiramente diminuída, bem como o *Eigenvalue* e a carga fatorial dos itens. Já a análise fatorial exploratória com rotação *Varimax* e normalização *Kaiser*, da qual resultaram dois fatores, permitiram uma explicação da variância superior, bem como uma carga fatorial dos itens superior à análise fatorial confirmatória realizada.

O estudo realizado abre assim a porta à utilização da escala com um valor total e duas dimensões uma mais ligada aos aspetos de procura da informação assente nos dados de um primeiro fator com itens 3, 4, 5, e 6, e uma segunda dimensão ligada à capacidade de utilização da informação correspondendo a um segundo fator com dados dos itens 7, 8, 9 e 10 (Tomás, Queirós & Rodrigues, s.d.a).

A EPSA, também traduzida e adaptada para a população portuguesa, apresentou valor de consistência interna bons (George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2008), mantendo-se este valor estável quando qualquer um dos itens é eliminado,

apesar de inferior ao valor de consistência interna da escala original. Também os valores de consistência interna das subescalas são inferiores aos apresentados pelo autor da escala original, sendo contudo considerados acima do limite inaceitável (George & Mallery, 2003). As correlações entre itens, variaram de muito baixas a altas, sendo que na sua grande maioria (com exceção de quatro) são estatisticamente significativas ou muito significativas.

A análise fatorial confirmatória para seis fatores realizada, suportou-se num bom valor de *Keiser-Meyer-Olkin* (Marôco, 2011; Pestana & Gageiro, 2008) e um teste de esfericidade de *Bartlett* estatisticamente muito significativo. A análise realizada, pelo método das componentes principais com rotação *Varimax* com normalização *Keiser*, permitiu uma explicação da variância de 45,570%, *Eigenvalues* de 8,188 a 1,530 e cargas fatoriais de 0,012 a 0,867.

Apesar de existirem cargas fatoriais fracas e valores de consistência interna, que não sendo bons, são aceitáveis, preferiu-se manter a estrutura teórica do autor da escala original, considerando a sua lógica e enquadramento, uma vez que a sua eliminação não produzia alterações significativas nos resultados psicométricos da escala. Desta forma, a EPSA demonstrou-se adequada para avaliar os níveis de comportamentos promotores de saúde em adolescentes portugueses (Tomás, Queirós & Rodrigues, s.d.b).

O QLSC, constituído por itens qualitativos e por itens escalares, apresentou níveis de *Cronbach's Alpha* razoáveis ou aceitáveis (George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2008) nos itens escalares passíveis de avaliação em termos de consistência interna. Quando eliminado qualquer um dos itens, a consistência interna mantém-se com valores semelhantes. As correlações entre itens, apesar de muito baixas a moderadas (Pestana & Gageiro, 2008) apresentam-se na sua grande maioria estatisticamente significativas e muito significativas. Tendo em conta estes resultados, decidiu-se manter o instrumento com os mesmos itens do instrumento original.

Apesar do autor original não ter apresentado uma fatorização do instrumento, entendeu-se que em termos teóricos, os itens poderiam ser divididos em três fatores: fontes de informação, informação sobre saúde nos panfletos/brochuras e

---

satisfação com a relação/interação com médico enquanto fonte de informação. A análise fatorial, suportada por um valor de *Keiser-Meyer-Olkin* bom (Marôco, 2011; Pestana & Gageiro, 2008) e um teste de esfericidade de *Bartlett* estatisticamente muito significativo, foi realizada primeiramente tendo em conta os três fatores, tendo sido encontrada uma dispersão de itens, o que não permitiu corroborar esta decisão. Realizou-se então a análise fatorial confirmatória com um fator, que apresentou uma explicação da variância de 24,114%, *Eigenvalue* de 3,858 e cargas fatoriais de 0,106 a 0,667. Preferiu assim manter-se a organização do instrumento original defendida pelo autor.

O IALS apresentou valores de consistência interna bons (George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2008), que se mantiveram dentro dos mesmos níveis quando qualquer um dos 52 itens do instrumento foi retirado. Apesar de existirem correlações entre itens baixas e muito baixas, a grande maioria é estatisticamente significativa ou muito significativa.

Tratando-se de um instrumento com itens dicotômicos, a análise de fatores foi realizada com recurso ao *Optimal Scaling* através do método de análise por múltipla correspondência, tendo em conta os sete fatores definidos em termos teóricos. A consistência interna de cada dimensão ou parâmetro de desempenho, varia de 0,900 a 0,183, sendo que apenas uma é considerada excelente, e as restantes demasiado baixas (George & Mallery, 2003; Pestana & Gageiro, 2008). No entanto, apesar disto, o nível médio de consistência interna da análise fatorial realizada, encontra-se acima do limite inaceitável (George & Mallery, 2003). Os *Eigenvalues* são acima de 1, sendo o mais elevado de 8,515 e o mais baixo de 1,216.

Dado que os resultados em termos de consistência são considerados fracos, realizou-se nova análise com 45 itens, ou seja, eliminando os itens cujas correlações com os restantes eram fracas ou não significativas. Não se obtiveram contudo melhorias nos resultados de análise fatorial, resultando inclusive em valores médios de *Cronbach's Alpha* mais baixos, pelo que se optou por manter o instrumento como inicialmente construído.

Vários fatores poderão estar na base dos resultados obtidos em cada instrumento. A especificidade das características amostrais poderá influenciar os resultados

obtidos nas propriedades psicométricas, tendo em conta os instrumentos originais. Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas entre as duas versões da ELES, QLSC e EPSA, alguns valores menos consistentes, nomeadamente de consistência interna e correlação entre itens foram encontrados, podendo sugerir-se a sua causa a estas diferenças amostrais.

Outro dos aspetos que poderá ter contribuído para estas diferenças e para os resultados menos positivos das propriedades psicométricas da IALS, prende-se com a dimensão do instrumento de colheita de dados. Pela necessidade de incluir os quatro instrumentos utilizados, o instrumento tornou-se algo extenso, o que poderá ser causa de desatenção ou diminuição da concentração ao longo do seu preenchimento, sendo a IALS o último instrumento a ser preenchido.

A amostra selecionada para este estudo é constituída por adolescentes de ambos os sexos, sendo a maioria do sexo masculino (52,76% do sexo masculino e 47,24% do sexo feminino). A idade dos participantes situa-se entre os 14 e os 20 anos, sendo que a moda foi de 16 anos (34,40%) e a média 16,31 ( $\sigma=1,085$ ).

Os participantes encontravam-se distribuídos pelos três anos de escolaridade correspondentes ao ensino secundário (10º, 11º e 12º ano de escolaridade), no caso de frequentarem os CCH (76,05% dos participantes), e ao 1º, 2º e 3º ano de escolaridade no caso de frequentarem cursos profissionais (23,95% dos adolescentes). O CCH mais frequentado foi o de ciências e Tecnologias (52,43%), e o menos frequentado, o de línguas e humanidades (2,96%). Dos cursos profissionais disponíveis nas escolas em que a colheita de dados se realizou, todos estão representados na amostra utilizada, excetuando o curso de instrumentista de jazz/instrumentista de sopro e percussão. O curso de técnico de gestão é o mais frequentado dos cursos profissionais (22,34% dos adolescentes a frequentar cursos profissionais) e o curso de técnico auxiliar de saúde o menos frequentado (3,09% dos jovens a frequentar cursos profissionais).

Dos 23,95% de adolescentes a frequentar cursos profissionais, a grande maioria (73,53%) são do sexo masculino, enquanto 53,79% dos adolescentes a frequentar CCH são do sexo feminino. Nota-se assim uma predominância do sexo masculino

---

nos cursos profissionais em detrimento dos CCH, ao passo que os CCH são maioritariamente frequentados por raparigas.

Em relação à nacionalidade, a grande maioria dos participantes são de nacionalidade portuguesa (96,13%), sendo que 3,29% afirmaram ter outra nacionalidade. 0,58% referiram ter dupla nacionalidade. Também a grande maioria afirma ter nascido em Portugal (93,99%), e pertencer à cultura portuguesa (98,11%). Também a grande maioria referiram o português como língua melhor dominada para ler e escrever (97,78%), para comunicar com a família (97,45%) e para comunicar com os amigos e nas relações sociais (99,01%). Percebendo a reduzida dimensão da amostra que apresenta impacto cultural e de nacionalidade em termos de resultados, e sendo o objetivo analisar os conceitos e a sua relação em adolescentes integrados na comunidade portuguesa residente no país, optou-se por manter estes adolescentes na amostra, contemplando todos os jovens que a constituem.

No que respeita à utilização dos serviços de saúde, 64,94% dos jovens referiu ter ido ao médico pela última vez nos últimos seis meses, sendo os médicos mais consultados na última consulta o médico de medicina geral e familiar (49,05%) e o ortodontista/dentista (22,72%). Apenas dois adolescentes referiram o enfermeiro como o profissional de saúde visitado na sua última ida aos serviços de saúde. Nos seis meses anteriores à realização do questionário, 55,2% dos participantes recorreu uma a duas vezes ao médico, sendo em 40,99% das vezes, pelos mesmos motivos da última utilização deste serviço. 43,06% dos adolescentes afirmam ter sido eles a pedir para ir ao médico, e 33,09% referem ter sido os pais a tomar esta iniciativa. Percebe-se então alguma autonomia em relação à tomada de decisão dos adolescentes inquiridos em relação à sua saúde, o que evidencia a necessidade de intervenção nestes jovens de forma a providenciar tomadas de decisão conscientes e promotoras de saúde.

A mãe é a pessoa mais referida como sendo a primeira pessoa com quem falam quando têm um problema de saúde (90,12%), seguida do pai (26,34%), sendo que 21,89% referiram ambos os pais. Também Ackard & Neumark-Sztainer (2001) concluíram no seu estudo que os adolescentes de forma geral recorrem maioritariamente à mãe como a primeira pessoa a quem questionam algum assunto

relacionado com a sua saúde. Outras pessoas foram referidas no nosso estudo, mas em percentagens de frequência bastante menores, levando a crer que os pais, em particular a mãe são as pessoas de referência dos adolescentes quando estes têm um problema de saúde e que os ajuda a tomar decisões e opções relacionadas com o processo de saúde/doença. No Estudo HBSC 2010 concluiu-se que 78% dos jovens considera ser fácil conversar com a mãe, havendo dificuldade por 19%, enquanto apenas 55% refere facilidade em falar com o pai, e 37,5% dificuldade em comunicar com este (Matos, *et al.*, 2012).

Respeitante às fontes de informação em saúde, 53,00% dos adolescentes referiram não adquirir panfletos/brochuras como material informativo. 30,70% afirmaram adquirir estes tipo de material de uma única fonte, sendo a fonte mais referida a farmácia (34,94%). Os resultados apresentados por Mukherjee & Bawden (2012) abordam os panfletos/brochuras sobre saúde como uma fonte de informação em saúde muito pouco frequente.

As raparigas adquirem mais panfletos/brochuras sobre saúde do que os rapazes, quer de uma forma global, quer em qualquer uma das fontes mencionadas (médico, farmácia ou hospital). Entre adolescentes a frequentar anos de escolaridade diferentes, as diferenças de aquisição são apenas estatisticamente significativas em relação a outras fontes que não as indicadas, sendo que os adolescentes a frequentar anos de escolaridade superiores adquirem panfletos/brochuras de foram mais frequentes nestas fontes (das quais os adolescentes referiam o centro de saúde, escola, rua/locais públicos, pais, clínicas dentárias, *internet*, ginásio e Instituto Português da Juventude) do que os adolescentes a frequentar anos de escolaridade inferiores. Também os adolescentes com idades superiores em detrimento dos mais novos, referiram adquirir mais panfletos/brochuras de forma geral, dado ter sido encontrada uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a aquisição destes e a idade dos adolescentes participantes.

Percebe-se então que as raparigas e os adolescentes com idades superiores adquirem mais este tipo de material informativo, parecendo ser menos relevante para os rapazes e adolescentes de idades inferiores.

A informação sobre saúde contida nos panfletos/brochuras entregues aos jovens é considerada útil às vezes pela maioria dos adolescentes (51,36%), sendo a média de frequência de utilidade de 3,09 ( $\sigma=0,925$ ), resultado que vai de encontro ao encontrado por Vardavas, Kondilis, Patelarou, Akrivos, & Falagas (2009), apesar do resultado deste estudo indicar valor de percepção de utilidade ligeiramente inferiores.

As raparigas encontram mais frequentemente informação útil nos panfletos/brochuras sobre saúde, em relação aos rapazes, o que confirma o seu interesse por este tipo de material informativo, pois elas adquirem mais este tipo de material. Os adolescentes a frequentar o 10º ano/1º ano afirmam encontrar utilidade na informação contida nos panfletos/brochuras com mais frequência do que os restantes jovens, sendo que os que frequentam o 11º ano/2º ano são os que afirmam essa utilidade ser menos frequentemente encontrada. Quanto mais velho o adolescente menos utilidade tende a encontrar na informação sobre saúde contida nos panfletos/brochuras, apesar de adquirirem mais material informativo deste género do que os mais novos.

Em termos de leitura deste material informativo, 33,50% dos adolescentes afirmam que o fazem assim que o recebem às vezes, com uma média de frequência de 2,94 ( $\sigma=1,146$ ), e 66,17% afirmou que o profissional que os entrega nunca os lê com eles, sendo que a frequência de leitura conjunta com o profissional de entrega os panfletos/brochuras apresenta uma média de 1,45 ( $\sigma=0,723$ ). Vardavas, Kondilis, Patelarou, Akrivos, & Falagas (2009) apresentam valores de leitura imediata dos panfletos/brochuras inferiores aos encontrados por nós, bem como valores inferiores de leitura conjunta desse material com o profissional que os entrega.

As raparigas leem mais frequentemente os panfletos/brochuras assim que os recebem do que os rapazes. Os jovens do 11º ano/2º ano de escolaridade são os que menos leem os panfletos/brochuras assim que os recebem, enquanto os jovens a frequentar o 10º ano/1º ano são os que mais leem os panfletos/brochuras no momento em que são recebidos, e também os que afirmam mais frequentemente que o profissional que entrega este material o lê com eles. Os adolescentes a frequentar o 12º ano/3º ano são os que mais referem que esta leitura conjunta não

acontece. Quanto mais velho for o adolescente, menos frequentemente realiza a leitura do panfleto/brochura no momento em que o recebe.

Correlacionando o facto de a leitura ser realizada pelo profissional que entrega os panfletos/brochuras e a utilidade percebida desta informação, foi possível perceber que a utilidade percebida aumenta com o aumento da frequência de leitura conjunta com o profissional que o entrega. Desta forma, parece evidente a necessidade de profissionais de saúde, como os enfermeiros despendarem algum tempo a ler os panfletos/brochuras e materiais informativos sobre saúde com os jovens, de forma a esclarecer-lhe dúvidas e mostrar-lhes a aplicabilidade da informação, para que a considerem cada vez mais útil e proveitosa.

Quando abordados acerca dos tipos de fontes e informação em saúde utilizadas, os jovens referem que utilizam o farmacêutico, a televisão, as revistas, a *internet* e os amigos maioritariamente às vezes (30,29%, 51,44%, 36,54%, 38,85% e 41,48% respetivamente). O médico e a família são fontes de informação mais utilizadas que as referidas anteriormente, dado que 34,90% e 42,22% dos adolescentes referem utilizá-las muitas vezes, respetivamente, sendo também o valor médio relativo à frequência da sua utilização superior ( $\bar{x}=3,68$ ;  $\sigma=1,077$  para a fonte de informação médico e  $\bar{x}=3,67$ ;  $\sigma=0,851$ , para a fonte de informação família). Os panfletos/brochuras são utilizados como fonte de informação em saúde raramente por 36,95% dos adolescentes inquiridos. Os farmacêuticos e as revistas, apesar da maioria dos adolescentes afirmar utilizar estas fontes de informação às vezes, são as fontes de informação menos frequentemente utilizadas, uma vez que as suas médias de frequência de utilização são a mais baixa ( $\bar{x}=2,29$ ;  $\sigma=1,099$ ;  $\bar{x}=2,41$ ;  $\sigma=0,952$ , respetivamente). De referir ainda que 29,30% dos adolescentes afirmou nunca utilizar a fonte de informação farmacêutico, e 25,02% referiu utilizar sempre a fonte de informação médico. Também nos resultados apresentados por Vardavas, Kondilis, Patelarou, Akrivos, & Falagas (2009), a família e o médico (por esta ordem) surgem como as fontes de informação em saúde mais frequentemente utilizadas, e o farmacêutico surge como uma das menos utilizadas.

Nos resultados obtidos pelo European Opinion Research Group (2003), os profissionais de saúde foram a fonte de informação em saúde referida como mais frequente, seguidos da televisão, sendo que na nossa amostra, também os



---

profissionais foram a fonte de informação mais recorrida pelos adolescentes. De igual forma em ambos os resultados, as revistas são uma das fontes de informação em saúde menos consultadas, podendo este resultado relacionar-se com a pouca credibilidade atribuída a esta fonte de informação (Kwan, Arbour-Nicitopoulos, Lowe, Taman, & Faulkner, 2010).

Os profissionais de saúde continuam a ser considerados pela população como uma fonte importante ou muito importante de informação em saúde e com credibilidade (Andreassen, *et al.*, 2007; Kwan, Arbour-Nicitopoulos, Lowe, Taman, & Faulkner, 2010; Nustad, Adams, & Moore, 2008), seguida da família e amigos, sendo as farmácias, revistas, *internet* e televisão as menos consideradas em termos de importância (Andreassen, *et al.*, 2007), justificando-se por isto a pouca frequência de utilização das farmácias como fonte de informação em saúde, facto corroborado também por Vardavas, Kondilis, Patelarou, Akrivos, & Falagas (2009). Também Kwan, Arbour-Nicitopoulos, Lowe, Taman, & Faulkner (2010) e Nustad, Adams, & Moore (2008) concluíram que as revistas, a *internet*, os amigos e a televisão são fontes consideradas pouco credíveis pelos jovens.

A televisão surge também no nosso estudo como uma fonte de informação bastante frequente, apesar de não ser a mais frequente, o que poderá dever-se à confiança que a população portuguesa deposita nos *media*, sendo que segundo European Opinion Research Group (2003), Portugal é o país da União Europeia onde as pessoas mais confiam neste meio de comunicação social como fonte de informação, apesar de esta ser considerada frequentemente noutros países uma fonte de informação em saúde pouco credível (Dobransky & Hargittai, 2012). Comparando com os resultados obtidos por Vardavas, Kondilis, Patelarou, Akrivos, & Falagas (2009), realizado noutro país, a nossa amostra referiu utilizar mais frequentemente esta fonte de informação. Para além disso, no estudo HBSC 2010 concluiu-se que os adolescentes portugueses veem atualmente 1 a 3 horas de televisão por dia durante a semana e 4 ou mais horas por dia durante o fim de semana (Matos, *et al.*, 2012), o que se revela um número de horas significativo e que corrobora também o facto de ser uma fonte de informação valorizada e utilizada.

A *internet* e a família surgem no nosso estudo como fontes de informação em saúde bastante consultadas, sobretudo a família, o que corrobora os resultados de Nustad, Adams, & Moore (2008), que concluiu que estas são as fontes mais utilizadas pelos jovens dos 18 aos 24 anos de idade, bem como os resultados obtidos por Al-Qallaf, Al-Otaibi, & Othman (2012), Dobransky & Hargittai (2012) e Percheski & Hargittai (2011) que referem que as fontes mais utilizadas são a *internet*, os amigos e a família. No entanto, estes resultados, contrariam os resultados obtidos pelo European Opinion Research Group (2003). Tal poderá dever-se às diferenças populacionais, dado que a nossa amostra é constituída por adolescentes e o estudo que se refere analisou estes aspetos em amostra que incluíam adolescentes e adultos. Estas diferenças da procura de informação sobre saúde entre adolescentes e adultos, deverá prender-se sobretudo com o que Wang, Ou, Chen, & Duan (2009) referem como sendo a influência dos pais nas escolhas e decisões em saúde dos adolescentes, substituindo-os muitas vezes nessa função, o que não acontece em idades posteriores. Para além disso, tratando-se de adolescentes, em transição da infância para a idade adulta, vêm ainda como pessoas de referência os seus pais, em particular a mãe, pelo que pudemos confirmar com os dados obtidos acerca da primeira pessoa com quem falam quando têm um problema de saúde.

Em relação à fonte de informação *internet*, quando o European Opinion Research Group (2003) se reporta aos participantes adolescentes e adultos jovens (dos 15 aos 24 anos de idade), a utilização da *internet* aumenta para 35,3%, valor muito mais significativo, e quando se reportam à amostra de respondentes de Portugal esse valor também é superior (14%). Percebendo também que Dobransky & Hargittai (2012) referem que os jovens que iniciaram a utilização da *internet* mais cedo, que têm mais locais para aceder e que gastam mais tempo *online*, utilizam mais esta fonte para procurar informação sobre saúde, o que permite explicar porque na nossa amostra esta fonte de informação é uma das privilegiadas, dado que as nossas crianças e adolescentes, iniciam o contacto com a *internet* e com as novas tecnologias cada vez mais cedo e de forma cada vez mais intensa. O estudo HBSC 2010 revela que mais de 80% dos adolescentes portugueses utilizam a *internet* várias vezes durante o dia (Matos, *et al.*, 2012). Também Andreassen, *et al.* (2007) percebeu no seu estudo que em Portugal, 30% das pessoas utilizam a

*internet* como fonte de informação em saúde. Para além disso, a *internet* tem surgido nos últimos anos como um contexto de informação em saúde forte e que potencia o seu papel no consumo em saúde e tornando-a uma das fontes privilegiadas de informação (Austin, 2012; Norman & Skinner, 2006a; Stellefson, *et al.*, 2011), sobretudo nesta faixa etária (Al-Qallaf, Al-Otaibi, & Othman, 2012; Ghaddar, Valerio, Garcia, & Hansen, 2012; Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005a; Percheski & Hargittai, 2011; Stellefson, *et al.*, 2011). Apesar de na nossa amostra não ser a fonte de informação em saúde mais comum, é bastante frequente e a mais frequente e utilizada noutros resultados obtidos por vários autores como Mukherjee & Bawden (2012) e Kwan, Arbour-Nicitopoulos, Lowe, Taman, & Faulkner (2010), o que corrobora a afirmação de Sanders, Shaw, Guez, Baur, & Rudd (2009), que dizem que é a fonte de informação mais comum, mesmo em pessoas com limitada literacia em saúde.

Enquanto os rapazes afirmam utilizar mais a fonte de informação em saúde televisão, as raparigas referem receber informação sobre saúde mais frequentemente de todas as outras fontes (farmacêutico, revistas, médico, *internet*, pais, amigos e panfletos/brochuras). Resultados semelhantes foram encontrados pelo European Opinion Research Group (2003), sendo que no caso das raparigas se enfatizou a pesquisa de informação nos profissionais de saúde. Kwan, Arbour-Nicitopoulos, Lowe, Taman, & Faulkner (2010) concluíram que as raparigas procuram mais informação sobre saúde nas revistas, amigos e panfletos/brochuras. Apesar das fontes de informação se diferenciarem, as raparigas surgem também no estudo de Vardavas, Kondilis, Patelarou, Akrivos, & Falagas (2009), como o grupo de adolescentes que mais frequentemente utilizam cinco das fontes de informação em saúde (médico, televisão, revistas, amigos e panfletos/brochuras), comparando com o grupo masculino. Estes resultados, associados aos encontrados por nós, mesmo com diferenças entre fontes de informação, permitem perceber que as raparigas utilizam com mais frequência a maioria das fontes de informação (Percheski & Hargittai, 2011), procurando desta forma mais informação sobre saúde.

Os jovens a frequentar o 10º ano/1º ano utilizam com menos frequência a fonte de informação em saúde amigos, em relação aos adolescentes a frequentar o 12º

ano/3º ano. Os adolescentes mais jovens recorrem mais ao médico e menos aos amigos, relacionando com os adolescentes mais velhos, considerando a correlação entre a idade e a fontes de informação referidas.

74,40% dos adolescentes receberam informação sobre saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) durante o último ano, 45,43% sobre saúde oral (dentes e gengivas), 37,53% sobre exercício físico, 33,91% sobre fumar (deixar de) e 32,59% sobre nutrição, outros tópicos foram referidos por uma pequena percentagem dos participantes. Vardavas, Kondilis, Patelarou, Akrivos, & Falagas (2009) encontraram valores diferentes, sobretudo no que respeita à nutrição (tópico sobre o qual mais adolescentes referiram ter recebido informação) e saúde sexual (IST's, HIV/SIDA), que de acordo com os resultados que apresenta foi o tópico menos referido pelos adolescentes. Kwan, Arbour-Nicitopoulos, Lowe, Taman, & Faulkner (2010) referem que os adolescentes que participaram no seu estudo receberam maior quantidade de informação sobre exercício físico, seguido da saúde sexual e prevenção de IST's, consumo de substâncias e nutrição

As raparigas afirmaram mais do que os rapazes receber mais informação sobre nutrição, saúde oral (dentes e gengivas) e tópicos específicos durante o último ano, resultado que corrobora o encontrado por Vardavas, Kondilis, Patelarou, Akrivos, & Falagas (2009). Os rapazes referiram mais do que as raparigas ter recebido informação sobre exercício físico e fumar (deixar de) no mesmo período, o que vai de encontro ao referido por Kwan, Arbour-Nicitopoulos, Lowe, Taman, & Faulkner (2010) que afirma que no seu estudo, os rapazes afirmaram ter recebido mais informação acerca de prevenção e consumo de álcool e outras drogas, em relação às raparigas.

Os adolescentes a frequentar o 11º ano/2º ano foram os que referiram ter recebido menos informação sobre saúde sexual (IST's, HIV/SIDA), enquanto os jovens do 12º ano/3º ano foram os que afirmaram ter recebido mais informação sobre esse tema. Já em relação ao tópico nutrição, os jovens a frequentar o 10º ano/1º ano foram os que menos afirmaram receber este tipo de informação, enquanto os adolescentes do 12º ano/3º ano de escolaridade foram os que mais afirmaram receber informação sobre nutrição. O tópico fumar (deixar de) foi mais referido

---

pelos adolescentes a frequentar o 10º ano/1º ano de escolaridade e menos pelos jovens a frequentar o 12º ano/3º ano de escolaridade.

Em termos de idade, encontraram-se correlações estatisticamente significativas e negativas entre a idade e aquisição de informação sobre os tópicos de informação em saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) e fumar (deixar de), significando que a informação recebida sobre estes tópicos diminui com a idade dos adolescentes.

Os valores de e-literacia em saúde na amostra em estudo ( $\bar{x}= 3,457$ ;  $\sigma=0,580$ ), não parecem diferir dos valores encontrados noutras amostras semelhantes estudadas noutros estudos em outros países (Drossaert, Van Der Vaart, & Van Deursen, 2011; Ghaddar, Valerio, Garcia, & Hansen, 2012; Hove, Paek, & Isaacson, 2011; Norman & Skinner, 2006a; Paek & Hove, 2012), sendo considerado que os níveis de e-literacia neste grupo são bons. Os valores mais elevados de e-literacia foram encontrados em relação ao item 2, que avalia a perceção da importância de poder ter acesso a recursos sobre saúde na *internet*, e os valores mais baixos dizem respeito ao item 10, que avalia a confiança sentida pelos adolescentes na utilização da informação da *internet* para tomar decisões sobre saúde. Esta confiança diminuída, apesar da utilização desta fonte de informação e da perceção da sua importância ser elevada, poderá dever-se ao facto de as jovens do sexo feminino utilizam esta fonte de informação para procurar informação e obter dados sobre diagnósticos e os jovens do sexo masculino para procurar informação sobre serviços e produtos a adquirir (Stellefson, *et al.*, 2011). Esta primeira tentativa de recolher informação sobre saúde, leva os adolescentes não a tomar decisões baseadas na mesma, mas a procurar um profissional de saúde se considerarem necessário, o que se considera por si só uma decisão em saúde, mas que influenciará todas as outras (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005a).

Alguns autores referem que os adolescentes sentem dificuldade em procurar informação sobre saúde na *internet* (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005b), bem como em avaliar essa informação (Stellefson, *et al.*, 2011) e seleccioná-la (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill, 2005b), embora os resultados por nós encontrados, revelem uma perceção da parte dos adolescentes da nossa amostra bastante positiva em relação a estas capacidades, obtendo nestes critérios, pontuações médias superiores a 3,30.

Os rapazes referem sentir-se mais confiantes para utilizar a *internet* para tomar decisões sobre saúde, referindo ainda que conseguem distinguir melhor os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade, em relação às raparigas. Já o sexo feminino apresentou valores mais elevados quando questionados acerca da importância do acesso a fontes de informação eletrónica. Apesar das diferenças nalguns itens, bem como das diferenças matemáticas entre os níveis, de e-literacia em saúde entre os sexos, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre eles, o que não corrobora os resultados de Norman & Skinner (2006a), que refere ter encontrado níveis de e-literacia em saúde mais elevados nos rapazes.

Apesar das diferenças matemáticas, a idade não parece ser um fator determinante nos níveis de e-literacia em saúde, tal como já tinha sido demonstrado por Drossaert, Van Der Vaart, & Van Deursen (2011) e Norman & Skinner (2006a). Apenas um item (“Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na *internet*”) apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação ao ano de escolaridade, não se verificando o mesmo para o valor de e-literacia em saúde total. (Drossaert, Van Der Vaart, & Van Deursen, 2011; Ghaddar, Valerio, Garcia, & Hansen, 2012) referem que nos estudos que realizaram foram encontrados níveis mais elevados de e-literacia em saúde nos alunos a frequentar anos letivos mais elevados. Em relação ao item que apresenta diferenças estatisticamente significativas em relação ao ano de escolaridade, verifica-se que o seu valor diminui com o aumento da escolaridade. Tal facto poderá dever-se ao que Hove, Paek, & Isaacson (2011) referem como ser falta de confiança em determinados *sítes* e dificuldade em distinguir a credibilidade da informação. Desta forma, jovens cujos conhecimentos são maiores, acabam por demonstrar menos confiança nas suas competências na procura de informação sobre saúde em fontes eletrónicas apresentarem mais dúvidas sobre a sua capacidade, o que se poderá revelar em valores mais baixos de e-literacia, ou neste caso, na perceção de conhecimento acerca de onde encontrar informação útil sobre saúde.

Em relação aos níveis de comportamentos promotores de saúde, foram encontrados níveis superiores de comportamentos promotores de saúde nesta amostra ( $\bar{x}= 3,70$ ;  $\sigma=0,442$ ), com uma média superior em 19 pontos, em detrimento

do estudo realizado pelos autores da mesma (Chen M.-Y. , Wang, Yang, & Liou, 2003), sendo que em ambos os casos, os níveis são considerados bons. A subescala com valores mais elevados de níveis promotores de saúde foi a subescala suporte social ( $\bar{x}= 3,89$ ;  $\sigma=0,654$ ), seguida da apreciar a vida ( $\bar{x}= 3,83$ ;  $\sigma=0,712$ ) e nutrição ( $\bar{x}= 3,83$ ;  $\sigma=0,545$ ), e a que apresentou níveis mais baixos desses mesmos comportamentos foi a subescala responsabilidade pela saúde ( $\bar{x}= 3,27$ ;  $\sigma=0,628$ ), seguida da gestão do *stresse* ( $\bar{x}= 3,58$ ;  $\sigma=0,659$ ). Os autores do estudo realizado na China referido anteriormente encontraram resultados semelhantes, apesar da subescala gestão do *stresse* ter atingido níveis de comportamentos promotores de saúde superiores, e a subescala exercício físico, níveis inferiores (Wang, Ou, Chen, & Duan, 2009). Estes dados sugerem então que os adolescentes da amostra do nosso estudo praticam exercício físico de forma mais frequente e promotora de saúde, mas terá que ser trabalhado com as mesmas estratégias de gestão do *stresse* eficazes, para que promovam a sua saúde a este nível.

No que respeita ao sexo, valores mais elevados de comportamentos promotores de saúde foram encontrados no sexo feminino nas subescalas suporte social e responsabilidade pela saúde, enquanto o sexo masculino apresentou níveis mais elevados de comportamentos promotores de saúde na subescala exercício físico, tal como o encontrado no estudo realizado por Wang, Ou, Chen, & Duan (2009). Também no HBSC 2010 se percebeu que os jovens portugueses do sexo masculino são os que praticam mais horas de exercício físico por semana (Matos, *et al.*, 2012).

Valores mais elevados de níveis de comportamentos promotores de saúde foram encontrados no sexo feminino em relação ao masculino, mas estas diferenças não são estatisticamente significativas ao contrário de outros estudos onde estas diferenças se perceberam mais marcadas, como os realizados por Ortabag, Ozdemir, Bakir, & Tosun (2011) e Wang, Ou, Chen, & Duan (2009). Evidenciaram-se assim diferenças entre sexos que demarcam a necessidade de intervenção distinta com ênfase nas áreas de comportamentos promotores de saúde que obtiveram resultados menos positivos.

Considerando a idade e ano de escolaridade, níveis de comportamentos promotores de saúde superiores foram encontrados nos adolescentes com idades inferiores, corroborando o encontrado por Ortabag, Ozdemir, Bakir, & Tosun (2011), e a frequentar anos de escolaridade mais baixos, nomeadamente no total de comportamentos e nas subescalas nutrição, suporte social e exercício físico em relação à idade e nas subescalas nutrição, exercício físico, gestão do *stress* e total de comportamentos em relação ao ano de escolaridade. Outros estudos encontraram resultados semelhantes, encontrando no entanto comportamentos promotores de saúde em nutrição mais frequentes nos adolescentes mais velhos (Wang, Ou, Chen, & Duan, 2009). Também (Igra & Irwin (1996) referem que os comportamentos de risco aumentam ao longo da adolescência, o que corrobora os dados obtidos.

Percebe-se então que à medida que a idade do adolescente avança, os níveis de comportamentos promotores de saúde diminuem, o que exalta o risco de uma transição para a idade adulta com menores níveis de saúde, mas sobretudo com hábitos pouco saudáveis, que se poderão refletir posteriormente em estados de saúde diminuídos. Estes resultados refletem a necessidade de investimento da enfermagem em termos de educação em saúde, promoção da literacia e desenvolvimento de competências com esta faixa etária, de forma a inverter este resultado.

Em termos de literacia em saúde, o valor médio obtido foi de 0,65 ( $\sigma=0,164$ ), sendo que a média de respostas variou entre 0,19 ( $\sigma=0,391$ ) na questão 27 (226 respostas corretas) e 0,93 ( $\sigma=0,260$ ) na questão 7 (1119 respostas corretas). A área temática cujos resultados foram mais elevados foi a saúde reprodutiva/sexual ( $\bar{x}=0,75$ ;  $\sigma=0,228$ ), sendo a que apresentou resultados mais baixos a área temática uso de substâncias ( $\bar{x}=0,50$ ;  $\sigma=0,232$ ). Percebendo quais as áreas sobre as quais os jovens referem ter recebido informação durante o último ano, a saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) surge como a mais referida, o que poderá explicar os níveis mais elevados de literacia em saúde nesta área. Posteriormente esta relação será analisada. Já em termos de parâmetros de desempenho, o que apresentou resultados menos positivos foi a avaliação dos fatores que influenciam a saúde ( $\bar{x}=0,54$ ;  $\sigma=0,347$ ) e o que apresentou valores mais elevados, as competências de



---

comunicação ( $\bar{x}=0,72$ ;  $\sigma=0,228$ ), significando isto que a maioria dos adolescentes da amostra selecionada apresentam alguma dificuldade em perceber e analisar os fatores que influenciam a saúde, mas apresentam competências de comunicação adequadas nas situações demonstradas.

Em termos de agrupamento de casos, foi realizado um agrupamento em três grupos de níveis de literacia, baixo, médio e elevado, considerando o método de agrupamento descrito por Hill & Hill (2009) como o método de partição pela mediana. Neste caso, não foi utilizada a mediana, tendo o método sido adaptado para a divisão dos casos em três grupos. Foram então encontrados os valores limite dos níveis de literacia em saúde: 0,615 e 0,750, sendo que abaixo de 0,615 se considera que o jovem apresenta uma baixa literacia em saúde, entre os valores, uma literacia em saúde média e acima de 0,750, o adolescente apresenta uma elevada literacia em saúde.

Na população adolescente, Sanders, Federico, Klass, Abrams, & Dreyer (2009) afirmam que os níveis de literacia em saúde inadequados variam de 10 a 40%. Alguns estudos realizados com população adulta, permitem perceber que os níveis gerais de literacia em saúde são baixos, ou que a quantidade de pessoas com inadequada literacia em saúde é elevada, como o realizado por Shah, West, Bremmeyr, & Savoy-Moore (2010). Também o estudo europeu realizado por HLS-EU Consortium (2012) confirmou que 47,6% da população apresenta níveis de literacia em saúde inadequados ou problemáticos. Em contrapartida, Lee, Tsai, Tsai, & Kuo (2010) concluíram no seu estudo que os níveis de literacia em saúde desadequados eram de 13,7% e Rudd, Kirsch, & Yamamoto (2004) afirmam que 19% da população da sua amostra apresenta o nível de literacia em saúde mais baixo (em cinco níveis). Kutner, Greenberg, Jin, Paulsen, & White (2006) afirmam que 14% da sua amostra apresentou níveis de literacia em saúde abaixo do nível básico.

Os resultados obtidos neste estudo não são passíveis de comparação direta com outros estudos realizados. Isto porque o instrumento realizado nos estudos referidos não é igual ao instrumento de avaliação da literacia em saúde utilizado nos estudos apresentados, o que leva a que haja diferenças, quer em termos de

pontuação e classificação dos níveis de literacia, quer em termos de concetualização e operacionalização do próprio conceito.

As raparigas apresentam níveis mais elevados de literacia em saúde, em comparação com os rapazes, quer no seu conceito total, quer nas áreas temáticas e parâmetros de desempenho, o que vai de encontro aos resultados encontrados nos estudos realizados na população adolescentes (Paek, Reber, & Lariscy, 2011; Wu, et al., 2010), bem como na população total ou adulta (HLS-EU Consortium, 2012; Kutner, Greenberg, Jin, Paulsen, & White, 2006; Shah, West, Bremmeyr, & Savoy-Moore, 2010). Alguns autores não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre sexos, como Lee, Tsai, Tsai, & Kuo (2010) ou Rudd, Kirsch, & Yamamoto (2004)

Quanto maior a idade do adolescentes, menores os níveis de literacia em saúde totais, e os níveis de literacia nas áreas temáticas gestão do *stress*, saúde reprodutiva/sexual, exercício físico, segurança pessoal, prevenção de doenças cardiovasculares e prevenção de doenças cancerígenas, bem como nos parâmetros de desempenho conhecimento base, aquisição de informação, competências de comunicação e planeamento e processo. Também entre adolescentes a frequentar diferentes anos de escolaridade, as diferenças são estatisticamente significativas, sendo que, de uma forma geral, os adolescentes a frequentar o 12º ano/3º ano de escolaridade apresentam valores de literacia em saúde superiores aos valores apresentados pelos restantes adolescentes. Esta diferença encontra-se, para além do valor total de literacia em saúde, em relação a todas as áreas temáticas (excetuando segurança pessoal) e todos os parâmetros de desempenho, excluindo fatores que influenciam, competências de comunicação e planeamento de processo. Também Lee, Tsai, Tsai, & Kuo (2010) concluíram no seu estudo, realizado com adolescentes e adultos que a literacia em saúde diminuía com a idade dos respondentes.

Apesar de a literacia em saúde diminuir com a idade dos participantes, esta é superior nos adolescentes a frequentar anos de escolaridade superiores. Níveis de literacia em saúde inferiores em adolescentes mais velhos, poderão ser percebidos à luz do que Borzekowski (2009) refere como o impacto da família, amigos e profissionais de saúde como facilitador do processo de aprendizagem dos

---

conceitos relacionados com a saúde, e que será diferente em adolescentes de idades diferentes.

O fato de aumentar em anos de escolaridade, leva a crer na possibilidade das atividades escolares ao longo dos anos letivos direcionarem para resultados positivos em termos da sua aquisição. Permite também notar que, tal como o Joint Committee on National Health Education Standards (1997) refere, será esperado um nível de competências superior nos adolescentes a frequentar anos de escolaridade superiores, de acordo com os parâmetros definidos e que são avaliados pelo instrumento de avaliação de literacia em saúde desenvolvido neste estudo.

Em relação ao curso formativo frequentado, os adolescentes a frequentar curso profissionais apresentam, em relação ao valor total de literacia em saúde, às suas áreas temáticas e parâmetros de desempenho, os valores médios mais baixos encontrados. Os adolescentes a frequentar o CCH – ciências e tecnologias apresentam os valores de literacia em saúde mais elevados, nomeadamente em relação ao valor total, área temática prevenção de doenças cardiovasculares, advocacia em saúde e parâmetro de desempenho advocacia, quando comparados com os adolescentes a frequentar o CCH – ciências socioeconómicas. Também no parâmetro de desempenho conhecimento base, os adolescentes a frequentar o CCH – ciências e tecnologias apresentam o valor de literacia em saúde mais elevado, comparando com os adolescentes a frequentar o CCH – artes visuais. Percebidas estas diferenças, percebe-se que os cursos profissionais são frequentados na sua maioria por adolescentes do sexo masculino, que apresentam níveis de literacia em saúde mais baixos do que o sexo feminino. Os adolescentes a frequentar o CCH – ciências e tecnologias apresentam valores mais elevados, o que poderá relacionar-se com as temáticas abordadas neste curso e que se direcionam para a área da biologia, química e psicologia, sendo um recurso positivo para a compreensão mais facilitada de fenómenos fisiológicos, mentais e de saúde por parte dos adolescentes.

Considerando a nacionalidade dos adolescentes, aqueles cuja nacionalidade é não portuguesa apresentaram valores mais elevados de literacia em saúde total, nas áreas temáticas gestão do *stress*, saúde reprodutiva/sexual, exercício físico,

gestão do peso, prevenção de doenças cardiovasculares e advocacia em saúde, e nos parâmetros de desempenho conhecimento base, aquisição de informação, implementação de estratégia e advocacia. Nas restantes áreas temáticas e parâmetros de desempenho, as diferenças são apenas matemáticas, sendo que estes adolescentes apresentam valores médios de literacia em saúde mais elevados.

Apesar de não terem sido encontradas diferenças nos níveis de literacia em saúde entre adolescentes nascidos em Portugal ou noutro país, o número de anos a viver em Portugal nos casos dos adolescentes não nascidos no país, está positivamente correlacionado com os níveis de literacia em saúde totais, bem como os níveis de literacia em saúde nas áreas temáticas gestão do stresse, exercício físico e prevenção de doenças cancerígenas, e nos parâmetros de desempenho conhecimento base e competências de comunicação. Também Wu, *et al.* (2010) concluiu no seu estudo que adolescentes que imigram em idades mais tardias apresentam níveis de literacia em saúde inferiores comparativamente aos que o fazem numa idade menor. Imigrar em idades mais precoces leva, eventualmente a uma melhor adaptação às necessidades de literacia em saúde relacionadas com a cultura e estilo de vida do país acolhedor.

Os jovens cuja língua melhor dominada é português para ler e escrever, apresentam níveis mais elevados de literacia em saúde nas áreas temáticas gestão do stresse e prevenção de doenças cancerígenas, diferença esta que poderá relacionar-se com a facilidade de leitura das questões do instrumento de avaliação, enquanto os adolescentes cuja língua melhor dominada para comunicar com os amigos e nas relações sociais é não portuguesa, apresentam valores de literacia em saúde mais elevados no parâmetro de desempenho aquisição de informação. Estes jovens, utilizando outra língua para comunicar socialmente, poderão ter mais facilidade em encontrar fonte de informação mais diversas e adequadas, em relação aos outros adolescentes que se encontram mais limitados nesse sentido. Não foram encontradas diferenças entre grupos de adolescentes cuja língua melhor dominada para comunicar com a família é o português ou não.

Segundo o Committee on Health Literacy (2004), a língua primária afeta substancialmente a escolha acerca da necessidade de procura de informação, os

---

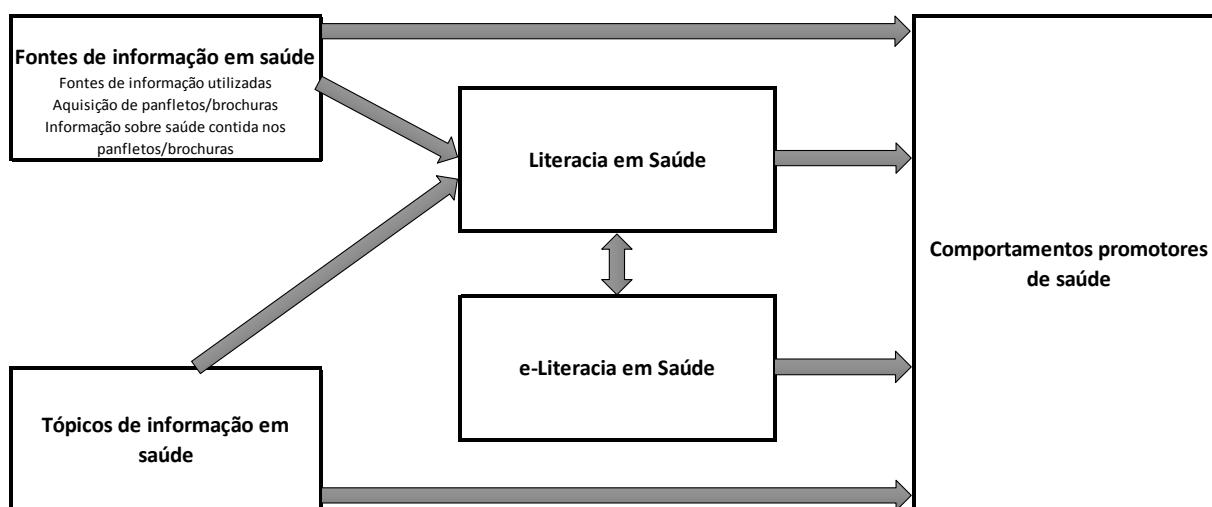
locais onde procuram essa mesma informação, a que tipo de informação dão preferência e como a interpretam, o que poderá ajudar a explicar estes resultados. Adolescentes cuja língua é não portuguesa poderão conhecer de forma diferente outros recursos de informação em saúde, sobretudo os que se encontram *online*, de forma que adquirem uma perceção diferente acerca de como aceder a eles e como seleccionar essas fontes de acordo com a informação que pretendem.

Os adolescentes que consideram pertencer à cultura portuguesa, apresentam, comparando com os que consideram pertencer a outras culturas, níveis de literacia em saúde mais elevados, no seu valor total, nas áreas temáticas gestão do *stress*, exercício físico, prevenção de doenças cardiovasculares e prevenção de doenças cancerígenas, e nos parâmetros de desempenho conhecimentos base, aquisição de informação, competências de comunicação e planeamento e processo.

Rudd, Kirsch, & Yamamoto (2004) e Kutner, Greenberg, Jin, Paulsen, & White (2006), tendo realizado os seus estudos na população residente nos EUA, concluíram que as pessoas pertencentes a minorias étnicas/raciais e as que apresentam outra língua principal que não o inglês, apresentam níveis de literacia em saúde inferiores à restante população. Também Wu, *et al.* (2010) concluiu que os adolescentes que falam outra língua em casa, para além do inglês, ou que apresentam outra língua principal, apresentam níveis de literacia inferiores.

Alguns dos objetivos deste estudo prendem-se com a verificação da relação entre conceitos explicada pelo Modelo apresentado na Figura 8. Para tal, realizaram-se correlações e regressões de forma a confirmar qual a relação entre eles.

Figura 8 - Modelo de relação entre conceitos



A correlação entre a literacia em saúde e a e-literacia em saúde percebeu-se positiva, entre os níveis de literacia em saúde totais, áreas temáticas e parâmetros de desempenho e entre os itens 2, 5, 7 e 8 da e-literacia em saúde. Significa então que os níveis de literacia em saúde são tanto maiores quanto mais elevada for a importância percebida da acessibilidade a recursos sobre saúde na *internet*, a capacidade percebida de encontrar recursos úteis sobre saúde na *internet*, a capacidade percebida de saber utilizar a informação sobre saúde que encontra na *internet* e a capacidade percebida de avaliar os recursos sobre saúde que se encontram na *internet*. Os níveis de literacia em saúde totais, áreas temáticas (com exceção das áreas temáticas exercício físico e advocacia) e parâmetros de desempenho (com exceção dos parâmetros de desempenho competências de comunicação e advocacia) estão por sua vez correlacionados negativamente entre os itens 4 e 10 da e-literacia em saúde e níveis de e-literacia totais. Equivale este resultado a afirmar que os níveis de literacia em saúde são mais elevados, quanto menor for a capacidade percebida de saber onde encontrar recursos úteis sobre saúde na *internet* e quanto menor a confiança a usar informação da *internet* para tomar decisões sobre saúde. Não foram encontradas correlações entre os níveis de literacia em saúde e os itens 1, 3, 6 e 9 da e-literacia em saúde.

Em termos preditivos, literacia em saúde e e-literacia em saúde não se encontram relacionadas de forma significativa. Significa então que, apesar de os conceitos estarem correlacionados, nenhum deles explica o outro em termos de variância, mesmo quando considerados os grupos formados com base nas características

---

sociodemográficas ou de resultados obtidos em termos de comportamentos promotores de saúde, e-literacia em saúde e literacia em saúde. Esperar-se-ia uma relação preditiva mais forte, dado a bibliografia referir que literacia engloba a capacidade de procurar e compreender a informação Joint Committe on National Health Education Standards, 1995; Sanders, Shaw, Guez, Baur, & Rudd (2009), avaliando a sua credibilidade, precisão e relevância (Ickes & Cottrell, 2010; Wu, *et al.*, 2010), e tendo as fontes de informação eletrónica um papel cada vez mais relevante na procura de informação sobre saúde (Committee on Health Literacy, 2004). Também o conceito de e-literacia definido por (Norman & Skinner, 2006a, 2006b) engloba o conceito de literacia em saúde, pelo que seria esperada uma relação entre ambos. Questões relacionadas com a avaliação dos conceitos de literacia e e-literacia em saúde poderão ter definido a inexistência desta relação neste estudo.

Encontraram-se correlações positivas significativas e muito significativas, maioritariamente de fraca intensidade, entre o valor total de comportamentos promotores de saúde e suas subescalas e todas as fontes de informação em saúde referidas, com exceção das fontes de informação em saúde *internet* e amigos que não estão correlacionadas com os comportamentos promotores de saúde em exercício físico. Desta forma, o aumento de comportamentos promotores de saúde corresponde ao aumento da frequência de utilização dessas mesmas fontes de informação em saúde.

A pesquisa de informação sobre saúde nas fontes analisadas prediz 6,7% dos comportamentos promotores de saúde totais, sendo as fontes de informação mais relevantes nesta predição as revistas, família (pais), os panfletos/brochuras e o médico. Todas as subescalas de comportamentos promotores de saúde apresentam variância explicada pela utilização de determinadas fontes de informação, o que permite concluir que nesta amostra, parte dos comportamentos promotores de saúde totais adotados pelos adolescentes é explicado pela fonte de informação utilizada, sendo que a utilização de uma das quatro fontes referidas aumenta 5,5% este tipo de comportamentos.

Nos adolescentes do sexo masculino, uma parte da variância de comportamentos promotores de saúde totais é explicada pela utilização das fontes de informação

família (pais), revistas e panfletos/brochuras. No sexo feminino, a percentagem de variância dos comportamentos promotores de saúde é superior, sendo esta explicada pela utilização das fontes de informação em saúde panfletos/brochuras, família (pais), revistas e médico. Desta forma, entende-se que a fonte de informação selecionada tem maior impacto nos comportamentos promotores de saúde do sexo feminino, sendo que neste grupo de adolescentes, o impacto da fonte de informação família (pais) é mais relevante nos rapazes e a utilização da fonte de informação panfletos/brochuras, nas raparigas.

Comparando os dois grupos de adolescentes formados tendo por base a sua idade, percebe-se que em ambos os grupos, as fontes de informação preditoras de comportamentos promotores de saúde são as mesmas, nomeadamente as revistas, a família (pais), os panfletos/brochuras e o médico. No entanto, nos adolescentes de idade inferior, a percentagem de variância explicada é superior, sendo a fonte de informação mais relevante na predição os panfletos/brochuras, enquanto nos adolescentes de idade superior, a fonte de informação mais relevante são as revistas.

Os adolescentes a frequentar o curso CCH – Línguas e humanidades apresentam em relação aos adolescentes a frequentar outros cursos formativos, uma relação preditiva mais forte entre os comportamentos promotores de saúde e a utilização das fontes de informação em saúde, nomeadamente o médico, televisão e *internet*. Considerando os aspetos culturais, as fontes de informação com relevância na explicação da variância de comportamentos promotores de saúde são as revistas, a televisão, os amigos, o farmacêutico e a *internet* no caso de adolescentes que melhor dominam uma língua estrangeira para comunicar com a família, e o médico, a televisão e as revistas no caso de adolescentes cuja melhor língua para comunicar com os amigos e nas redes sociais é estrangeira. Na amostra selecionada, os adolescentes que dominam outras línguas para comunicar apresentam uma maior percentagem dos seus comportamentos promotores de saúde explicados pela utilização das fontes de informação em saúde, nomeadamente os profissionais de saúde e as fontes de informação que fornecem informação diversificada e geral, como a televisão, as revistas ou a *internet*. Estes jovens apresentam à partida, por conhecerem e dominarem outras línguas mais



---

acesso a informação de saúde nestas mesmas fontes, o que poderá justificar o seu maior impacto nos comportamentos promotores de saúde.

A aquisição de panfletos/brochuras explica também uma percentagem da variância dos comportamentos promotores de saúde quer totais, quer nas subescalas, sendo esta percentagem superior nos adolescentes do sexo feminino e mais novos, em comparação com os adolescentes do sexo masculino e mais velhos. A informação sobre saúde contida neste tipo de material informativo tem também um efeito preditivo nos comportamentos promotores de saúde totais, sendo o maior impacto produzido pela leitura imediata pelos jovens deste material.

Nos adolescentes do sexo masculino, o fator mais relevante na explicação da variância dos comportamentos promotores de saúde totais é a leitura imediata dos panfletos/brochuras assim que são recebidos, enquanto no sexo feminino, o valor preditivo é menor e o fator mais importante é a utilidade da informação contida nos panfletos/brochuras. Apesar da aquisição de panfletos/brochuras pelas raparigas influenciar mais o seu comportamento promotor de saúde do que nos rapazes, o tipo de informação contida neste tipo de material, influencia menos o seu comportamento do que no sexo oposto. Desta forma, a aquisição de panfletos/brochuras influencia os comportamentos do sexo feminino, sobretudo se a informação for considerada útil, enquanto no sexo masculino, a influência nos comportamentos, provocada pela aquisição deste tipo de material informativo é menor, mas mais relevante se os jovens lerem de imediato a informação nele contida.

Nos adolescentes mais novos, a predição pela informação contida nos panfletos/brochuras é mais significativa em termos de percentagem explicada do que nos adolescentes mais velhos, sendo a utilidade da informação contida no material informativo o fator mais relevante. Nos adolescentes mais velhos, o valor preditivo, para além de mais reduzido é explicado apenas por um fator, a leitura imediata dos panfletos/brochuras assim que são recebidos pelos estudantes. Os adolescentes mais velhos, como referido anteriormente, vêm os seus comportamentos influenciados de forma mais evidente pela procura de informação sobre saúde nas revistas, o que indica que com o avanço da idade, os adolescentes vão valorizando cada vez menos a informação dos panfletos/brochuras e

valorizando outras fontes de informação. Nos adolescentes mais novos, os comportamentos são mais influenciados pela aquisição deste material, bem como pela utilidade percebida da informação contida neste tipo de material.

Também os adolescentes que melhor dominam outra língua para ler e escrever apresentam valores preditivos mais elevados e significativos que os restantes, em relação à informação sobre saúde contida nos panfletos/brochuras. A utilidade da informação contida nos panfletos/brochuras é o fator mais relevante na predição dos comportamentos promotores de saúde em adolescentes cuja língua melhor dominam é estrangeira, para ler e escrever e para comunicar com os amigos nas relações sociais, sendo esta muito mais elevada em relação aos adolescentes que dominam apenas o português.

O aumento da frequência da utilização das várias fontes de informação em saúde (farmacêuticos, televisão, revistas, médico, *internet*, família/pais, amigos e panfletos/brochuras) relaciona-se com os níveis de literacia em saúde totais, áreas temáticas e parâmetros de desempenho, sendo esta correlação, maioritariamente positiva (significando que os níveis de literacia em saúde também aumentam), tendo sido encontradas correlações negativas, nomeadamente entre a frequência de utilização da fonte de informação farmacêuticos e os níveis de literacia em saúde na área temática prevenção de doenças cardiovasculares e parâmetro de desempenho conhecimento base, o que significa que os níveis de literacia em saúde nestes tópicos diminuem quando a frequência de utilização desta fonte de informação em saúde aumenta. Os níveis totais de literacia em saúde aumentam com o aumento da frequência de utilização das fontes de informação em saúde televisão, revistas, médico, *internet* e panfletos/brochuras. Esta última correlação vai de encontro à diferença de níveis de literacia em saúde encontrada entre adolescentes referem adquirir panfletos/brochuras sobre saúde e os que afirmam não fazê-lo.

A utilização de fontes de informação em saúde explica parte da variância da literacia em saúde total dos adolescentes da amostra, sendo a fonte de informação com mais relevo as revistas, seguidas do médico, farmacêutico e panfletos/brochuras. No sexo masculino, as fontes de informação com impacto nesta relação preditiva são o médico e o farmacêutico, enquanto no sexo feminino,

---

a utilização de fontes de informação em saúde não tem impacto na literacia em saúde total. Neste grupo, a utilização das fontes de informação *internet* e os amigos é preditora da literacia em saúde na área temática exercício físico e no parâmetro de desempenho planeamento e processo, respetivamente. A utilização das fontes de informação em saúde leva a um aumento de literacia em saúde, especialmente nos adolescentes do sexo masculino.

Os adolescentes mais jovens apresentam uma percentagem da variância da literacia em saúde total explicada pela utilização da fonte de informação revistas e panfletos/brochuras, enquanto os mais velhos obtêm parte dessa explicação pela utilização das fontes de informação médico e farmacêutico. Percebe-se então que com o aumento da idade, fontes mais fidedignas como os profissionais de saúde são tidas em conta pelos adolescentes de forma mais relevante, levando a sua utilização a uma contribuição mais efetiva no aumento dos níveis de literacia em saúde.

Os jovens a frequentar o CCH – línguas e humanidades apresentam uma relação de predição mais significativa em comparação com os jovens que frequentam outros cursos formativos. Neste grupo, parte da variância da literacia em saúde total é explicada pela utilização das fontes de informação em saúde família (pais).

O farmacêutico surge como a fonte de informação em saúde que quando utilizado explica uma percentagem relevante da variância da literacia em saúde total nos adolescentes não portugueses e nos adolescentes que dominam outra língua que não o português para comunicar com a família. Essa mesma fonte de informação, bem como a família (pais) e a *internet*, explicam uma percentagem da variância da literacia em saúde em três áreas temáticas e um parâmetro de desempenho nos adolescentes que dominam uma língua estrangeira para ler e escrever. Nos adolescentes de cultura não portuguesa ou que melhor dominam outra língua para comunicar com os amigos e nas relações sociais, várias fontes de informação apresentam impacto na predição da literacia em saúde nas várias áreas temáticas e parâmetros de desempenho, nomeadamente o médico, as revistas e o farmacêutico no primeiro caso, e o médico, televisão, panfletos/brochuras, farmacêutico e amigos no segundo.

Os níveis de literacia em saúde totais, suas áreas temáticas e parâmetros de desempenho são superiores nos adolescentes que referem adquirir panfletos/brochuras sobre saúde. Em relação à informação sobre saúde contida nos panfletos/brochuras, quanto maior a frequência de leitura imediata deste material informativo e a utilidade encontrada na informação deste material, maiores os níveis de literacia em saúde totais, nas áreas temáticas e parâmetros de desempenho definidos. Os níveis de literacia em saúde no parâmetro de desempenho conhecimento base, diminui com o aumento da frequência da leitura conjunta com o profissional que os entrega.

A aquisição de panfletos/brochuras funciona como preditora da literacia em saúde, explicando parte da variância desta. A informação contida neste tipo de material informativo é também um componente preditor da literacia em saúde. A leitura imediata dos panfletos/brochuras pelos adolescentes é o fator mais relevante nesta predição, explicando uma pequena percentagem da variância de literacia em saúde.

Nos adolescentes do sexo feminino esta predição relacionada com a aquisição deste tipo de material informativo não se verifica. O valor preditivo relacionado com a informação contida neste material informativo é superior no sexo masculino, sendo neste caso o fator mais importante a leitura imediata do material informativo assim que é recebido. No sexo feminino a informação sobre saúde contida nos panfletos/brochuras não influencia a literacia em saúde total, mas apenas a área temática gestão do *stress*, sendo o fator que explica uma pequena parte da sua variância a leitura imediata dos panfletos/brochuras. Parece então que a aquisição de panfletos/brochuras e a informação sobre saúde contida nestes, apesar de levar a um aumento dos comportamentos promotores de saúde mais evidente no sexo feminino, influencia de forma mais relevante a literacia em saúde no sexo masculino.

Parece existir aqui evidência de que não existe uma relação direta entre fontes de informação, literacia em saúde e comportamentos promotores de saúde, mas sim uma relação linear com a influência de outros fatores não estudados em termos de predição. Compreendendo o modelo que se apresenta, esta variação de explicação de variância poderá sofrer influência, quer da e-literacia em saúde, quer dos tópicos

---

de informação em saúde sobre os quais se recebeu informação. Para além disso, fatores não estudados poderão influenciar estas relações.

As normas subjetivas, são, segundo Pender, Murdaugh, & Parsons (2010) um importante fator preditor do comportamento humano. Para além disso, receber informação sobre saúde de determinadas fontes, como pessoas significativas (família, amigos, ...) terá impactos diferentes consoante as normas subjetivas que regem a intenção pessoal do adolescente de agir, havendo que considerar o interesse do mesmo em corresponder à expectativa de comportamento das pessoas que constituem a fonte. Percebe-se por isso que com o avançar da idade, os jovens valorizem cada vez mais a informação contida nas revistas, fonte de informação reconhecida pelos pares, perante os quais existe a intenção de corresponder conseguindo a sua aprovação. Já para o incremento da literacia em saúde, as fontes valorizadas passam das revistas para os profissionais de saúde ao longo da idade, o que se relaciona provavelmente com a perceção de que os profissionais de saúde são fontes de informação mais fidedigna para a aquisição e consolidação da informação, embora para a ação se valorizem outros aspetos como as normas subjetivas já referidas.

Os adolescentes mais velhos apresentam valores preditivos relacionados com a aquisição de panfletos/brochuras mais elevados do que os adolescentes mais novos. Os adolescentes mais velhos apresentam ainda percentagens de variância explicada de literacia em saúde total superiores aos adolescentes mais novos, tendo por base a informação sobre saúde deste material informativo, sendo que no primeiro grupo o fator mais importante é a utilidade da informação contida nos panfletos/brochuras e no segundo grupo, a leitura imediata deste material informativo.

Valores mais elevados de predição relacionada com a aquisição deste tipo de material informativo encontram-se nos adolescentes cuja língua melhor dominada para ler e escrever e para comunicar com os amigos e nas relações sociais é estrangeira, embora a percentagem de variância explicada seja relativa a níveis de literacia em saúde em áreas temáticas e parâmetros de desempenho. Também aqui, os adolescentes que melhor dominam outras línguas para ler e escrever ou para comunicar com a família apresentam valores preditivos muito superiores aos

restantes, relacionados com a informação encontrada neste material informativo. No primeiro caso, uma percentagem da variância na literacia em saúde na área temática uso de substâncias é explicada pela utilidade da informação em saúde contida nos panfletos/brochuras. No segundo caso a leitura imediata deste material informativo prediz uma percentagem da variância da literacia em saúde total.

A frequência de comportamentos promotores de saúde parece estar relacionada, de forma muito significativa, mas fraca, aumentando com a aquisição de informação sobre esse comportamento no último ano, no que diz respeito aos comportamentos de higiene oral e exercício físico, não tendo sido encontrada relação na temática nutrição.

Em termos de predição, receber informação acerca de nutrição e saúde oral (dentes e gengivas) apresenta um efeito preditor nos comportamentos promotores de saúde totais. Nos adolescentes do sexo masculino os preditores que explicam uma percentagem da variância deste tipo de comportamentos em relação a duas subescalas (apreciar a vida e exercício físico) são a saúde oral (dentes e gengivas) e exercício físico. No sexo feminino, os comportamentos promotores de saúde totais vêm parte da sua variância explicada pela aquisição de informação acerca dos mesmos tópicos preditores no sexo masculino, sendo neste caso, a predição mais elevada. Receber informação sobre saúde apresenta um impacto direto nos comportamentos promotores de saúde superior no sexo feminino, sobretudo se a informação for acerca de exercício físico e saúde oral (dentes e gengivas).

Nos adolescentes pertencentes ao grupo de menor idade, o tópico de informação preditor dos comportamentos promotores de saúde é o exercício físico, enquanto nos adolescentes pertencentes aos grupo de maior idade, o tópico de saúde que representa esse papel é a saúde oral (dentes e gengivas). Quando a cultura dos adolescentes é não portuguesa, a variância dos comportamentos promotores de saúde em suporte social é explicada em parte pela aquisição de informação acerca de exercício físico e nutrição, o que poderá indicar estes temas como importantes no processo de apoio social e socialização.

Os adolescentes que afirmaram ter recebido informação sobre nutrição no último ano, apresentam valores mais elevados de literacia em saúde na área temática

---

gestão de peso, e os que afirmaram ter recebido informação sobre saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) apresentam valores de literacia em saúde mais elevados na área temática saúde sexual/reprodutiva. Estes dois grupos de adolescentes apresentam ainda valores de literacia em saúde mais elevados no seu valor total e em todos os parâmetros de desempenho. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis totais de literacia em saúde, bem como nos níveis de literacia em saúde nos parâmetros de desempenho entre adolescentes que referiram receber informação sobre os tópicos saúde oral (dentes e gengivas), exercício físico e fumar (deixar de), ou nas áreas temáticas correspondentes (exercício físico e uso de substâncias).

Em termos de efeito preditor, receber informação sobre os tópicos referidos explica parte da variância da literacia em saúde total, sendo o tópico saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) o mais relevante nesta explicação. O mesmo tópico é também o principal responsável pela explicação de variância da literacia em saúde nos adolescentes do sexo masculino e no sexo feminino, bem como em ambos os grupos de adolescentes formados com base na idade, apesar da percentagem ser maior no sexo masculino e nos adolescentes mais velhos.

Considerando as questões culturais, nos adolescentes que dominam outra língua para ler e escrever e para comunicar com a família e nos adolescentes com cultura não portuguesa, a variância da literacia em saúde total não é explicada pela aquisição de informação acerca dos tópicos referidos. No entanto, partes significativas da variância da literacia em saúde em áreas temáticas e parâmetros de desempenho são explicadas pela aquisição de informação acerca dos tópicos de informação em saúde, sendo os mais relevantes fumar (deixar de), exercício físico e saúde oral (dentes e gengivas) no primeiro grupo, nutrição e saúde oral (dentes e gengivas) no segundo grupo e exercício físico no último grupo de adolescentes mencionado. Quando a língua dominada para comunicar com os amigos e nas relações sociais é não portuguesa, adquirir informação acerca do tópico nutrição explica uma percentagem considerável da variância da literacia em saúde total.

Também aqui, pelos resultados obtidos no impacto da informação em saúde recebida nos comportamentos promotores de saúde e literacia em saúde, se

percebe que existirão outros fatores que influenciarão este modelo e que não foram considerados, dado que o impacto desta informação na literacia em saúde é superior do que nos comportamentos promotores de saúde no sexo masculino e nos adolescentes mais velhos.

A expectativa de aprovação e a motivação para corresponder à aprovação inerente às normas subjetivas leva os adolescentes a agir, não de acordo com os seus conhecimentos, mas de acordo com o que outros esperam deles, o que influenciará a relação entre informação recebida em saúde e os comportamentos promotores de saúde. o exercício físico e a saúde oral (dentes e gengivas) são dois dos tópicos que surgem como mais relevantes no impacto nos comportamentos promotores de saúde, o que poderá revelar preocupação dos adolescentes nestes aspetos e consequentemente importância destes tópicos na aprovação entre pares.

A literacia em saúde surge também como preditora dos comportamentos promotores de saúde, explicando 1,2% da sua variância. Foi percebida a correlação entre estes dois conceitos, tendo sido encontradas correlações positivas, fracas mas estatisticamente significativas, entre os níveis de literacia em saúde nas áreas temáticas gestão do *stress* e gestão do peso e as subescalas de comportamentos promotores em saúde gestão do *stress* e nutrição, respetivamente, indicando que a subida de um dos níveis ocorre em consonância com a subida do outro. Correlações também positivas, fracas e estatisticamente significativas foram percebidas entre os níveis de literacia em saúde em todas as áreas temáticas (excetuando a saúde reprodutiva/sexual e o uso de substâncias) e os níveis totais de comportamentos promotores de saúde, bem como entre os níveis de literacia em saúde em todos os parâmetros de desempenho e entre os comportamentos promotores de saúde em todas as subescalas (com exceção da gestão do *stress*) e valores totais de comportamentos promotores de saúde.

Considerando os grupos de literacia em saúde definidos, e analisando os níveis de comportamentos promotores de saúde em cada um desses grupos. Foi percebido que os níveis de comportamentos promotores de saúde são mais elevados no grupo de adolescentes apresentam níveis de literacia elevados, em detrimento do grupo de adolescentes cujos níveis de literacia em saúde são baixos.



---

Em termos de explicação de variância, foram encontradas relações de predição entre estes dois conceitos, sendo que os comportamentos promotores de saúde totais e subescalas (exceto exercício físico e gestão do *stresse*) apresentam parte da sua variância explicada pelos níveis de literacia em saúde total. A literacia em saúde na área temática prevenção de doenças cardiovasculares explica 1,1% da variância dos comportamentos promotores de saúde totais, sendo a gestão do *stresse*, o exercício físico e advocacia em saúde outras três temáticas que explicam também parte da variância dos comportamentos promotores de saúde totais. A literacia em saúde no parâmetro de desempenho conhecimento base, explica 1,3% da variância dos comportamentos promotores de saúde totais, sendo este parâmetro e o de advocacia, responsáveis pela predição de uma pequena percentagem de comportamentos promotores de saúde em nutrição, responsabilidade pela saúde e apreciar a vida.

No sexo feminino, a literacia em saúde total explica uma pequena percentagem da variância dos comportamentos promotores de saúde em nutrição e responsabilidade pela saúde. O preditor dos comportamentos promotores de saúde nutrição e exercício físico, mantém-se a área temática de literacia em saúde prevenção de doenças cardiovasculares (explicando 1,1% de ambas as variâncias), mas quando avaliada a predição pelos parâmetros de desempenho de literacia em saúde, percebe-se que o conhecimento base explica uma percentagem pequena dos comportamentos promotores de saúde em exercício físico, planeamento e processo e nutrição. No sexo masculino, a literacia em saúde assume-se como preditora dos comportamentos promotores em saúde em nutrição, responsabilidade pela saúde e apreciar a vida, explicando uma percentagem pequena da variância destes. Assumem-se ainda como os principais preditores dos comportamentos promotores de saúde, a gestão do peso e a gestão do *stresse* em termos de áreas temáticas, e o conhecimento base em relação aos parâmetros de desempenho em literacia em saúde, no caso. Os comportamentos promotores de saúde em nutrição são os que apresentam maior explicação de variância, pelas áreas temáticas dos níveis de literacia em saúde gestão do *stresse* e exercício físico, e pelo parâmetro de desempenho conhecimento base.

Tendo em conta a idade dos participantes, os adolescentes mais novos viram parte da variância dos seus comportamentos promotores de saúde totais e em todas as subescalas exceto exercício físico, explicada pela literacia em saúde nas áreas temáticas gestão do *stress*, gestão do peso e advocacia em Saúde. Em termos de parâmetros de desempenho, os preditores encontrados para estes comportamentos são o conhecimento base, competências de comunicação, advocacia e aquisição de informação, que explicam uma pequena percentagem da variância dos comportamentos promotores de saúde totais, em nutrição, suporte social, responsabilidade pela saúde, apreciar a vida e gestão do *stress*. Também neste grupo, a literacia em saúde total explica uma variância pequena dos comportamentos promotores de saúde em todas as subescalas (exceto exercício físico e gestão do *stress*). Já nos adolescentes com idades superiores, a literacia em saúde total explica apenas uma pequena percentagem da variância de comportamentos promotores em nutrição e responsabilidade pela saúde. Os preditores dos comportamentos promotores de saúde neste grupo de adolescentes, foram essencialmente a literacia em saúde nas áreas temáticas prevenção de doenças cardiovasculares, prevenção de doenças cancerígenas e advocacia em saúde, bem como a literacia em saúde nos parâmetros de desempenho advocacia, implementação de estratégia, conhecimento base e fatores que influenciam. Valores mais elevados de predição foram encontrados nos adolescentes mais novos, respeitante à influência da literacia em saúde total nos comportamentos promotores de saúde.

Em termos de curso formativo frequentado, os adolescentes a frequentar o CCH – línguas e humanidades apresentam predições mais fortes e com maior explicação de variância dos comportamentos promotores de saúde pela literacia em saúde, comparando com os adolescentes a frequentar os restantes cursos formativos. Neste grupo, a literacia em saúde nas áreas temáticas uso de substâncias, exercício físico e gestão de *stress*, explicam uma percentagem de variância dos comportamentos promotores de saúde, nomeadamente nas subescalas nutrição (29,1%) e exercício físico (32,3%).

Em termos de cursos formativo, estes adolescentes a frequentar o CCH – línguas e humanidades apresentam valores preditivos mais elevados, em todas as

---

regressões avaliadas. Se considerarmos que 77,78% dos adolescentes a frequentar esta formação são do sexo feminino, e que nos adolescentes deste sexo, os valores preditivos são mais relevantes, poderemos compreender porque estes adolescentes apresentam resultados mais evidentes de influencia de conceitos.

Os adolescentes cuja nacionalidade ou cultura é não portuguesa, ou cuja melhor língua dominam em qualquer uma das três situações avaliadas é não portuguesa apresentam valores de predição dos comportamentos promotores de saúde mais elevados do que os restantes adolescentes. Nestes, a literacia em saúde explica percentagens mais elevadas de comportamentos promotores de saúde totais e nas suas subescalas, explicações essas que atingem o valor de 98,5% no caso dos adolescentes cuja língua melhor dominada para comunicar com os amigos e nas relações sociais é não portuguesa. Nos mesmos grupos de adolescentes em relação à língua dominada para ler e escrever e comunicar com os amigos e nas relações sociais, e em relação à cultura, também a percentagem de variância explicada pelos preditores relacionados com a literacia em saúde nos parâmetros de desempenho, é bastante superior à dos restantes grupos de adolescentes, sendo os preditores mais relevantes a aquisição de informação (no caso dos jovens cuja melhor língua dominada para ler e escrever ou para comunicar com os amigos e nas relações sociais é não portuguesa) e competências de comunicação (no caso dos adolescentes com cultura não portuguesa). Em termos de literacia em saúde total como preditora, nos adolescentes que dominam uma língua não portuguesa para ler e escrever, esta explica uma percentagem da variância dos comportamentos promotores em saúde em suporte social e responsabilidade pela saúde, e nos adolescentes que dominam outra língua que não português para comunicar com os amigos e nas relações sociais surge como preditora dos comportamentos promotores em saúde em nutrição. Nos restantes grupos de adolescentes, os valores preditivos da literacia em saúde em relação aos comportamentos promotores de saúde são mais baixos. Também aqui os adolescentes cuja cultura, nacionalidade ou língua dominada para comunicar é não portuguesa apresentam valores preditivos mais relevantes e um impacto maior nos comportamentos promotores de saúde pela sua literacia em saúde.

A literacia em saúde, revela-se um preditor firme dos comportamentos promotores de saúde, na medida em que surge associado à sua predição em todos os grupos definidos. Na nossa amostra, a literacia em saúde influencia os comportamentos promotores de saúde totais e em todas as suas subescalas com exceção de exercício físico e gestão do *stress*, tal como Chang (2010), que encontrou resultados semelhantes, apesar de não ter percebido influência da literacia em saúde também nos comportamentos promotores de saúde na subescala responsabilidade pela saúde. Estes resultados confirmam o afirmado por Borzekowski (2009) e Committee on Health Literacy (2004), quando referem que os resultados de investigação têm demonstrado evidência de que o desenvolvimento da literacia em saúde é promotor da saúde pública e individual, potenciando comportamentos mais saudáveis, tal como refere Cyrus (2011). Chang (2010) afirma também que adolescentes com níveis de literacia em saúde mais elevados apresentam comportamentos alimentares e nutricionais e relações interpessoais mais saudáveis, confirmada por nós pela influência dos conhecimentos base nos comportamentos promotores de saúde em nutrição, bem como das competências de comunicação no suporte social. Também Nutbeam (2009) afirma que os níveis de literacia em saúde têm sido associados aos resultados em saúde das populações, e consequentemente, às suas decisões em saúde, pois níveis baixos de literacia em saúde reduzem a capacidade de autogestão do processo saúde-doença (Committee on Health Literacy, 2004). A bibliografia sugere ainda que existe uma correlação positiva entre os conhecimentos em saúde e as práticas e atitudes promotoras de saúde nos adolescentes, através da promoção de estilos de vida saudáveis e comportamentos promotores de saúde (Chang, 2010; O'Haver, Scalacha, Kelly, Jacobson, & Melnyk, 2011; Pai & Lee, 2012; Yu, Yang, Wang, & Zhang, 2012), havendo maior risco de comportamentos de risco e não promotores de saúde nos adolescentes com níveis de literacia em saúde baixa (Sanders, Federico, Klass, Abrams, & Dreyer, 2009).

Apesar de demonstrada a associação entre esses dois conceitos, e o impacto da literacia em saúde nos comportamentos promotores de saúde, o seu impacto não é muito marcado. Sanders, Federico, Klass, Abrams, & Dreyer (2009) afirmam que a literacia em saúde dos adolescentes está fortemente associada aos seus comportamentos de saúde. Encontrámos essa associação, mas que se revela forte

---

apenas em alguns grupos selecionados da amostra, como os adolescentes a frequentar o CCH – línguas e humanidades, os adolescentes cuja cultura, nacionalidade ou língua dominada para comunicar é não portuguesa.

Estas conclusões sugerem que, de facto, tal como refere Wang, Hsu, Lin, Cheng, & Lee (2009), fatores individuais como a autoestima, autoeficácia, regulação emocional, e fatores ambientais como as oportunidades criadas em seu redor são fatores importantes na definição de comportamentos de risco. O mesmo autor concluiu que fatores como a relação entre a estrutura familiar, o stresse diário e os comportamentos de risco adotados pela figura materna explicam também de forma significativa os comportamentos de risco adotados na adolescência, e Spear & Kulbok (2001) afirma que os comportamentos na adolescência são influenciados por aspetos relacionados com o desenvolvimento mas também com a interação social como a pressão e relacionamento com os pares. Também os comportamentos adotados pelos pares influenciam fortemente os comportamentos adolescentes, sendo a idade um determinante no que respeita à forma como a pressão dos pares influencia o comportamento do próprio (Prinstein, Boergers, & Spirito, 2001; Wang, Hsu, Lin, Cheng, & Lee, 2009).

Estes dados encontrados na bibliografia sugerem a importância de outros fatores que não apenas a literacia em saúde na saúde, com influência nos comportamentos promotores de saúde, indicando que mesmo com níveis de literacia em saúde muito bons, o impacto desse conhecimento nos comportamentos poderá não ser o esperado, sendo nalguns grupos reduzido. Em termos de idade a influência parece diminuir, bem como no sexo feminino, o que se relacionará, provavelmente com questões relacionadas com a inteligência emocional, autoeficácia em saúde e proximidade relacional com os pais (Wang, Hsu, Lin, Cheng, & Lee, 2009). Segundo o autor, estes são aspetos que melhoram a capacidade do jovem em agir de acordo com a literacia em saúde que possui, conseguindo gerir de forma mais eficaz a pressão exercida pelos pares. Na nossa amostra percebe-se então que as raparigas e os adolescentes mais velhos apresentam mais dificuldade nesta gestão, também podendo estar relacionado como facto de que raparigas e adolescentes mais velhos recorrem mais à fonte de informação em saúde amigos, em comparação com os adolescentes do sexo masculino e mais novos, o que

poderá levar a entender que valorizam mais esta fonte de informação, e consequentemente, apresentam mais dificuldade em gerir a pressão dos pares, dado que os consideram fontes válidas de informação em termos de comportamentos de saúde.

Intervenções de enfermagem adequadas na promoção destas competências pessoais (inteligência emocional, autoeficácia) e interpessoais (gestão de conflitos), bem como intervenções a nível parental (parentalidade positiva), poderão revelar-se úteis no melhoramento do impacto da literacia em saúde nos comportamentos promotores de saúde, levando a que os adolescentes apliquem os conhecimentos que possuem.

A e-literacia em saúde correlaciona-se positivamente com os níveis totais e de subescalas de comportamentos promotores de saúde, excetuando as correlações entre o item 1 de e-literacia em saúde e os comportamentos promotores de saúde em nutrição e exercício físico, entre o item 5 de e-literacia em saúde e os comportamentos promotores de saúde em nutrição e entre o item 10 de e-literacia em saúde e os comportamentos promotores de saúde em suporte social, apreciar a vida e exercício físico. Trata-se de correlações positivas, maioritariamente de fraca intensidade, significando que a um aumento dos níveis de e-literacia em saúde, corresponde um aumento dos níveis de comportamentos promotores de saúde.

Perceberam-se também relações preditivas de explicação da variância de comportamentos promotores de saúde quer no seu conceito total, quer nas suas subescalas, por parte da e-literacia em saúde. O valor preditivo é superior no sexo feminino e nos adolescentes de idades mais baixas em relação aos adolescentes do sexo masculino e de idades mais elevadas, sendo que nestes últimos grupos, apenas os comportamentos promotores em saúde em nutrição não têm variância explicada pela e-literacia em saúde.

Também nesta relação de predição, os adolescentes que dominam uma língua estrangeira para comunicar com a família apresentam valores de variância explicada dos seus comportamentos promotores de saúde (valor total e subescalas

---

nutrição e responsabilidade pela saúde) pela e-literacia em saúde mais elevados, em comparação com os restantes adolescentes.

Apesar de uma influência fraca, a e-literacia mostra-se como um fator que influencia os comportamentos promotores de saúde, tal como refere Gray, Klein, Noyce, Sesselberg, & Cantrill (2005a). Existem, à semelhança das predições anteriormente apresentadas, fatores não estudados que influenciam esta relação.

Pode perceber-se, perante todos estes resultados, que a intervenção na promoção de comportamentos promotores de saúde e de literacia em saúde é necessária com vista a potenciar uma transição positiva e com incremento de conhecimento, capacidades e *status* de saúde da infância para a idade adulta. Os programas de intervenção com vista à prevenção de estilos de vida não saudáveis e comportamentos de risco são mais efetivos se iniciados na adolescência ou infância (Chen, Wang, Yang, & Liou, 2003).

Uma transição, tal como a adolescência, denota alterações de *status* de saúde, relações, expectativas e capacidades, ocorrendo alterações das necessidades ao longo do tempo e requerendo a incorporação gradual de novos conhecimentos e alteração de comportamentos (Meleis, 2010, 2012; Schumacher & Meleis, 2010). Existindo a motivação para a promoção da saúde nos adolescentes (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010), estes são um foco de intervenção em enfermagem importante.

Considerar as características e os padrões essenciais da transição que o indivíduo vive é essencial para a enfermagem (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010), de forma a realizar uma atuação pertinente e adequada. O papel do profissional de enfermagem, deverá passar por permitir ao adolescente a aquisição dos conhecimentos necessários, com vista à melhoria dos níveis de literacia em saúde e aumento dos níveis de comportamentos promotores de saúde, pois a promoção da saúde e de comportamentos promotores de saúde é uma área essencial na disciplina (Ortabag, Ozdemir, Bakir, & Tosun, 2011), sendo a educação em saúde um componente essencial dessa promoção (Nutbeam, 2000). Considerar as fontes de informação em saúde mais relevantes para os jovens, ou as que revelam maior impacto nos níveis de literacia em saúde e de

comportamentos promotores de saúde é importante na medida em que leva a uma maior eficácia interventiva, bem como compreender os fatores de risco e protetores que influenciam o comportamento dos adolescentes (Wang, Hsu, Lin, Cheng, & Lee, 2009). Fatores pessoais e interpessoais influenciam o compromisso com os comportamentos promotores de saúde e isso tem de ser considerado pela enfermagem na sua promoção (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2010).

Aspetos como a consciência da transição, ou o compromisso (grau de envolvimento demonstrado), são propriedades da mesma e que alteram o seu resultado final, bem como a necessidade de intervenção em enfermagem (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010). Quando os adolescentes assumem um maior compromisso na procura de informação e modificação proativa de comportamentos, a transição gerará resultados mais positivos. Necessidades diferentes em termos de intervenção de enfermagem, terão estes jovens, em relação a outros que não apresentem uma consciência em compromisso tão marcados em relação à sua transição para a idade adulta. Para além disso, Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher (2010) referem ainda que a perceção e significados ligados à saúde e doença influenciam as condições sobre as quais o adolescente vivencia a transição. Reconhecer indicadores de processo relacionados com a transição da adolescência permite um acesso antecipado de intervenções de enfermagem que facilitem resultados em saúde (Ballinger, 1985, citado por Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2010). Conhecer o impacto de determinados aspetos, como a literacia em saúde, as fontes de informação e os tópicos de informação em saúde nos comportamentos promotores de saúde dos jovens permite à enfermagem um planeamento antecipado de intervenções adequadas e específicas para a população estudada. Não basta a transmissão e conhecimentos para atingir resultados evidentes na alteração de comportamentos (Nutbeam, 2000). Para além destes conhecimentos é necessário o desenvolvimento de competências emocionais, cognitivas e comportamentais que permitam utilizar esses conhecimentos em situações reais (Santos, 2010).

Tendo em consideração a grande quantidade de escolhas realizadas diariamente no ambiente comunitário e familiar e que definem os estilos de vida saudáveis (Centers for Disease Control and Prevention, 2009), e sabendo que a literacia em



saúde é essencial para tomar decisões apropriadas no campo da saúde e das suas determinantes pessoais, sociais e ambientais (Chang, 2010; Dominick, Dunsiger, Pekmezi, & Marcus, 2013; Nutbeam, 2008, 2009), é essencial investir em investigação que determine o impacto desta relação e influência no âmbito comunitário, relacionado com os estilos de vida saudáveis, e comportamentos promotores de saúde. Os efeitos de uma literacia pobre podem ser diminuídos, de acordo com Nutbeam (2008), através da promoção de uma comunicação em saúde e aumento da sensibilidade dos enfermeiros para o potencial impacto destes baixos níveis na saúde dos adolescentes.

Compreender quais os níveis de literacia desses adolescentes, bem como quais as competências de literacia que têm ou que necessitam de desenvolver, é o primeiro passo de um processo interventivo que deverá incluir as necessidades particulares da população em causa. Os resultados deste estudo contribuem para este conhecimento, tendo já sido iniciada a sua divulgação à comunidade científica (Anexo XIV).

A disciplina de enfermagem deve focar a sua intervenção em termos promotores de literacia em saúde na adolescência, naquilo que são as competências que os adolescentes devem ter desenvolvidas, permitindo um crescimento da sua literacia em saúde, nomeadamente os parâmetros de desempenho definidos pelo Joint Committe on National Health Education Standards (1995), que se apoiam em competências relacionadas com a tomada de decisão, cidadania responsável, autogestão da aprendizagem e eficácia comunicacional.

Tratando-se a literacia em saúde de uma competência influenciada por fatores individuais, culturais e sociais, toda a intervenção de enfermagem que vise a promoção da literacia em saúde deverá englobar o enquadramento social, cultural, educativo e de saúde em que os adolescentes se inserem. Para além disso, a enfermagem na sua competência de educação em saúde, permite a aquisição não só de informação, mas também de motivação, competências e autoeficácia por parte dos adolescentes, permitindo um comportamento ativo em prol de uma melhor saúde.

Compreender a influência desses níveis de literacia nos comportamentos promotores de saúde, em especial na adolescência é outra das etapas do processo, pois não existe ainda evidência suficiente apesar de se encontrar evidência de que a literacia em saúde é um forte preditor de saúde e educação (Chang, 2010). Isto porque, apesar de existir alguma evidência para a idade adulta, tendo sido demonstrado, e confirmado também com os resultados que obtivemos que existem fatores interrelacionais e pessoais importantes que influenciam esta predição.

## 7. CONCLUSÕES

Este relatório de investigação representou e descreveu um processo de investigação que decorreu com o objetivo de perceber em que medida a literacia em saúde influencia a promoção de comportamentos saudáveis nos adolescentes. Depois de enquadrar e justificar a problemática, descrever a metodologia, apresentar e discutir os principais resultados obtidos, resta agora descrever as principais conclusões obtidas com a investigação desenvolvida.

O instrumento *eHealth Literacy Scale* (Escala de e-Literacia em Saúde) na versão portuguesa, por nós traduzida e validada, apresenta bons indicadores psicométricos indicando a viabilidade da sua utilização com um valor total e duas dimensões, procura de informação e utilização da informação. A versão portuguesa do instrumento *Adolescent Health Promotion Scale*, a Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes, apresenta também bons indicadores psicométricos, indicando a possibilidade em termos de utilização para avaliação dos níveis de comportamentos promotores de saúde nos adolescentes portugueses. Tendo sido mantidas as seis subescalas inicialmente definidas de forma teórica pelos seus autores e a distribuição de itens pelas mesmas, permite uma avaliação destes comportamentos em seis áreas. O *Health Literacy Questionnaire for Children* (Questionário de Literacia em Saúde para Crianças), traduzido e validado durante o processo de investigação, divide-se numa componente qualitativa e uma componente quantitativa escalar. Relativamente às questões qualitativas todas foram traduzidas, culturalmente adaptadas e validadas para a população adolescente, permitindo assim a sua utilização em estudos posteriores. A componente escalar, apresenta boas propriedades psicométricas, constituindo desta forma um bom instrumento para avaliação da literacia em saúde. Procurou ainda fatorizar-se a escala em três fatores (fontes de informação em saúde, informação sobre saúde nos panfletos/brochuras e satisfação com a relação/interação com o médico) mas dada a grande dispersão de dados não se validou a mesma, mantendo-se o instrumento com apenas um fator.

O Instrumento de Avaliação da Literacia em Saúde, por nós desenvolvido, com base noutra já existente, apresentou também boas propriedades psicométricas quando avaliado com fator único, pelo que se considera ser um instrumento válido para avaliação da literacia em saúde na população adolescente. Em termos de fatorização, os valores de Eigenvalue são bons, mas a consistência interna da fatorização é baixa, podendo tal facto dever-se à dimensão de alguns destes fatores (número de itens a eles associados), ou outras questões associadas ao instrumento já apresentadas e que importa analisar de forma mais profunda em estudo posteriores.

A amostra deste estudo, constituída por adolescentes de ambos os sexos, a frequentar o ensino secundário, do 10º/1º ano ao 12º/3º ano de escolaridades, em CCH e profissionais, apresentavam idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos. A maioria dos adolescentes a frequentar cursos profissionais é do sexo masculino, enquanto nos CCH, a frequência é maioritariamente feita por raparigas. A esmagadora maioria dos adolescentes inquiridos, são portugueses, de cultura portuguesa e dominam o português como língua principal para ler e escrever, comunicar com a família e para comunicar com os amigos e nas relações sociais, percebendo-se desta forma um reduzido impacto multicultural na nossa amostra. Estes adolescentes utilizaram na sua maioria, os serviços de saúde nos últimos seis meses, recorrendo a consultas de medicina geral e familiar, apenas uma a duas vezes, tendo sido os próprios a solicitar esta utilização, o que permite compreender a existência de um grau de autonomia nas decisões sobre saúde nestes adolescentes que lhe permite a tomada de decisão acerca dos serviços a utilizar consoante a sua necessidade. A mãe é a primeira pessoa com que falam, maioritariamente, quando apresentam necessidade de falar acerca da sua saúde.

Em termos de fontes de informação em saúde, 53% dos adolescentes da amostra não adquirem panfletos/brochuras sobre saúde, sendo que os restantes adquirem-nos de várias fontes de entre as quais instituições de saúde. A maioria dos adolescentes considera a informação contida nesta fonte de informação útil. Cerca de um terço dos adolescentes questionados afirmam ler os panfletos/brochuras assim que os recebem, e cerca de dois terços afirma que os profissionais que os entregam leem os panfletos/brochuras com eles. Correlação positiva foi encontrada

---

entre a leitura conjunta dos panfletos/brochuras com o profissional que os entrega e a percepção de utilidade da informação contida neste material, por parte dos estudantes. O médico e a família são as fontes de informação em saúde mais utilizadas, e que recebem maior credibilidade por parte dos adolescentes, sendo as menos utilizadas o farmacêutico e as revistas. A temática de saúde sobre a qual a maioria dos adolescentes recebe informação é saúde sexual (IST's, HIV/SIDA), sendo este o tema mais referido.

A amostra selecionada apresenta níveis de e-literacia em saúde bastante satisfatórios, sendo os valores mais elevados em relação à importância de poder ter acesso a recursos sobre saúde na *internet* e os valores mais baixos os relacionados com a confiança sentida pelos adolescentes na utilização desta informação para tomar decisões sobre saúde. Os adolescentes da amostra apresentam bons valores em relação à facilidade em procurar informação sobre saúde nesta fonte de informação. Os níveis de comportamentos promotores de saúde são considerados bons, sendo a subescala com valores mais elevados o suporte social, seguido de apreciar a vida e nutrição, e as que apresentaram valores mais baixos a responsabilidade pela saúde e a gestão do *stress*. Considerando a escala utilizada, os níveis de literacia em saúde dos adolescentes da amostra foi considerada satisfatória (0,65), estando o seu valor acima do valor médio da escala (0,5), e variando os níveis médios em todas as respostas de 0,19 a 0,93. Os níveis de literacia em saúde mais elevados são na área temática saúde reprodutiva/sexual e os mais baixos na área temática uso de substâncias. Os fatores que influenciam a saúde foi o parâmetro de desempenho que apresentou os valores mais elevados, e as competências de comunicação o que apresentou os valores mais baixos. Utilizando o método de partição pela mediana, obtiveram-se três níveis de literacia (baixo, médio e elevado), sendo os pontos de partição 0,615 e 0,750.

Entre géneros encontraram-se várias diferenças em relação às várias variáveis (fontes de informação em saúde, tópicos de informação em saúde, níveis de comportamentos promotores de saúde, níveis de e-literacia em saúde e níveis de literacia em saúde), havendo portanto uma confirmação da  $H_1$ .

As raparigas adquirem mais panfletos/brochuras sobre saúde do que os rapazes, recolhendo-os em maioria de todas as suas fontes. Também os adolescentes do

sexo feminino encontram mais frequentemente informação útil neste tipo de material informativo, lendo-os mais assim que os recebem. Os rapazes utilizam mais a fonte de informação televisão, enquanto as raparigas utilizam mais todas as outras fontes de informação em saúde. Em relação aos temas sobre saúde sobre os quais os jovens receberam informação no último ano, as raparigas referem ter recebido mais informação sobre nutrição, saúde oral (dentes e gengivas) e tópicos específicos, enquanto os rapazes receberam mais informação sobre exercício físico e fumar (deixar de).

Apesar dos níveis de e-literacia em saúde não apresentarem diferenças estatisticamente significativas entre sexos, os adolescentes do sexo masculino sentem-se mais confiantes para utilizar a *internet* para tomar decisões sobre saúde, conseguindo distinguir melhor a qualidade dos recursos, relativamente aos adolescentes do sexo feminino. As raparigas apresentam valores mais elevados na perceção da importância desta fonte para aceder a informação sobre saúde. Sem diferenças estatisticamente significativas entre sexos, em relação ao valor total de comportamentos promotores de saúde, as raparigas apresentam valores mais elevados nas subescalas de suporte social e responsabilidade pela saúde, enquanto os rapazes apresentam valores mais elevados de comportamentos promotores de saúde em exercício físico. Os valores de literacia em saúde são superiores no sexo feminino, que em relação ao seu conceito total, como em relação aos parâmetros de desempenho e áreas temáticas.

Estudantes a frequentar anos letivos diferentes, apresentam diferenças também em relação às fontes de informação em saúde, aos tópicos de informação em saúde, aos níveis de comportamentos promotores de saúde, aos níveis de e-literacia em saúde e aos níveis de literacia em saúde, o que confirma a H<sub>2</sub>.

Em termos de aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde, os adolescentes a frequentar anos de escolaridade superiores adquirem mais este tipo de material informativo de outras fontes que não as indicadas (médico, farmácia ou hospital). No entanto, os adolescentes a frequentar o 10<sup>o</sup>/1<sup>o</sup> ano de escolaridade são os que referem mais frequentemente encontrar informação útil neste tipo de material informativo, lendo-os mais assim que os recebem e afirmando mais frequentemente que os profissionais que os entregam os leem com eles. Os adolescentes que

---

frequentam o 11º/2º ano de escolaridade, os que menos encontram essa utilidade, bem como os que menos os leem assim que os recebem. Os adolescentes a frequentar o 12º/3º ano são os que menos referem a leitura conjunta com o profissional que entrega o material informativo. Os adolescentes a frequentar o 10º/1º ano de escolaridade são os que menos utilizam a fonte de informação amigos, enquanto os estudantes do 12º/3º ano de escolaridade são os que mais os utilizam como fonte de informação em saúde. Os adolescentes a frequentar o 11º/2º ano de escolaridade foram os que receberam menos vezes informação sobre saúde sexual (IST's, HIV/SIDA), enquanto os que frequentam o 12º/3º ano, os que afirmam ter recebido informação sobre saúde sexual (IST's, HIV/SIDA), nutrição mais frequentemente e sobre fumar (deixar de) com menos frequência. Os adolescentes a frequentar o 10º/1º ano de escolaridade foram os que referiram ter recebido menos informação sobre nutrição, e mais informação sobre fumar (deixar de).

Relativamente à e-literacia em saúde, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em relação ao ano de escolaridade, sendo que o item de e-literacia em saúde relacionado com o conhecimento acerca de onde encontrar informação útil sobre saúde na internet diminui com o aumento da escolaridade dos jovens. Considerando os comportamentos promotores de saúde, estes diminuem com o aumento da escolaridade dos adolescentes, diminuindo também com o aumento da escolaridade, os níveis de comportamentos promotores de saúde em nutrição, exercício físico e gestão do *stress*. Os adolescentes a frequentar o 12º/3º ano de escolaridade apresentam de forma geral níveis de literacia em saúde mais elevados, quer no seu valor total, quer em relação aos parâmetros de desempenho (com exceção dos fatores que influenciam, competências de comunicação e planeamento e processo), quer em relação às áreas temáticas (exceto segurança pessoal).

A correlação entre a idade e fontes de informação em saúde utilizadas e os tópicos de informação em saúde, foi também confirmada, percebendo-se diferenças estatisticamente significativas nestas variáveis entre adolescentes de idades diferentes. Os adolescentes de idades superiores referiram adquirir mais panfletos/brochuras sobre saúde de uma forma geral, havendo uma correlação

positiva entre esta aquisição e a idade. Já em relação à utilidade, encontrada neste tipo de material informativo, bem como em relação à leitura imediata deste tipo de material informativo, a correlação existente com a idade é negativa. Considerando a correlação entre a idade e as fontes de informação em saúde, a mesma é positiva com a fonte de informação amigos (a utilização desta fonte aumenta com a idade) e negativa com a fonte de informação médico (a recorrência a este como fonte de informação em saúde diminui com a idade). A idade e a aquisição de informação sobre os tópicos de informação saúde sexual saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) e fumar (deixar de) apresentam correlações negativas, diminuindo a aquisição de informação sobre estes tópicos com a idade. Com base nestas conclusões, confirma-se então a H<sub>3</sub>.

A correlação entre a idade e os níveis de comportamentos promotores de saúde, os níveis de e-literacia em saúde e os níveis de literacia em saúde foi avaliada com vista a verificar a H<sub>4</sub>, sendo que nesta hipótese a correlação é positiva. Em termos de e-literacia em saúde, não foi encontrada correlação com a idade. Já considerando os comportamentos promotores de saúde, a correlação com a idade é negativa, diminuindo estes com a idade dos adolescentes, diminuindo também com a idade os comportamentos promotores de saúde em nutrição, suporte social e exercício físico. Níveis de literacia em saúde e idade apresentam também uma correlação negativa, diminuindo os níveis de literacia em saúde com a idade, quer em relação ao seu valor total, quer em relação às áreas temáticas gestão do *stress*, saúde reprodutiva/sexual, exercício físico, segurança pessoal, prevenção de doenças cardiovasculares e prevenção de doenças cancerígenas, quer em relação aos parâmetros de desempenho conhecimento base, aquisição de informação, competências de comunicação e planeamento e processo. Perante estas conclusões, percebe-se que a H<sub>4</sub> se infirma.

Diferenças estatisticamente significativas entre adolescentes a frequentar cursos formativos diferentes, em relação aos níveis de literacia em saúde, é o enunciado que constitui a H<sub>5</sub>, que se confirma de acordo com os resultados obtidos. Os adolescentes a frequentar os cursos profissionais apresentam os valores mais baixos de literacia em saúde, quer total, quer em relação às áreas temáticas e parâmetros de desempenho. Os valores mais elevados de literacia em saúde total,



---

e em relação aos parâmetros de desempenho e áreas temáticas na sua maioria, foram encontrados nos adolescentes a frequentar o curso CCH – ciências e tecnologias.

Valores mais elevados de literacia em saúde total, nas áreas temáticas gestão do *stress*, saúde reprodutiva/sexual, exercício físico, gestão do peso, prevenção de doenças cardiovasculares e advocacia em saúde, bem como nos parâmetros de desempenhos conhecimento base, aquisição de informação, implementação de estratégia e advocacia foram encontrados nos adolescentes de nacionalidade não portuguesa. Esta diferença nos níveis de literacia entre adolescentes de nacionalidade portuguesa e não portuguesa confirma a H<sub>6</sub>.

Não tendo sido encontradas diferenças nos níveis de literacia em saúde entre adolescentes que nasceram em Portugal e os que não nasceram em Portugal, infirma-se a H<sub>7</sub>. No entanto, confirma-se a H<sub>8</sub>, pois considerando os adolescentes não nascidos em Portugal, existe uma correlação positiva entre os anos a viver em Portugal e níveis de literacia em saúde totais, em algumas áreas temáticas (gestão do *stress*, exercício físico e prevenção de doenças cancerígenas) e em alguns parâmetros de desempenho (conhecimento base e competências de comunicação). Desta forma, estes níveis aumentam com o aumento do número de anos a viver em Portugal por estes adolescentes.

A H<sub>9</sub> previa a existência de diferenças nos níveis de literacia em saúde entre adolescentes que melhor dominam o português ou outra língua para ler e escrever, para comunicar com a família ou para comunicar com os amigos e nas relações sociais. No entanto esta hipótese não foi confirmada, pois não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de literacia em saúde totais entre estes grupos. Apenas foram encontradas diferenças em relação às áreas temáticas gestão do *stress* e prevenção de doenças cancerígenas (cujos valores são mais elevados no grupo de domina português para ler e escrever, em relação aos que dominam outra língua nesta tarefa) e ao parâmetro de desempenho aquisição de informação (sendo os valores mais elevados nos adolescentes que melhor dominam outra língua para comunicar com os amigos e nas relações sociais em relação aos que dominam o português nesta atividade).

As restantes hipóteses definidas e conclusões atingidas reportam ao modelo por nós definido e que relaciona os conceitos de forma dinâmica, nomeadamente fontes de informação em saúde, tópicos de informação em saúde, literacia em saúde, e-literacia em saúde e comportamentos promotores de saúde.

Os níveis de literacia em saúde e e-literacia em saúde correlacionam de forma positiva, nomeadamente os níveis de literacia em saúde total, áreas temáticas e parâmetros de desempenho e itens de e-literacia em saúde 2, 5, 7, e 8. Significa então que os níveis de literacia em saúde são tanto mais elevados, quanto mais elevados forem os níveis de e-literacia em saúde nos itens referidos (e não no seu conceito total). No entanto os níveis de literacia em saúde totais, áreas temáticas (exceto exercício físico e advocacia em saúde) e parâmetros de desempenho (exceto competências de comunicação e advocacia) correlacionam-se negativa com os itens 4 e 10 de e-literacia em saúde, o que infirma a  $H_{12}$ . Também em termos preditivos, não se encontrou relação entre estes dois conceitos, infirmando também a  $H_{16}$ , dado não ter sido comprovada a dependência mútua entre literacia e e-literacia em saúde.

Outra conclusão deste estudo é a de que existe uma correlação positiva entre os níveis de comportamentos promotores de saúde e suas subescalas e a frequência de utilização de todas as fontes de informação em saúde, exceto *internet* e amigos, que não se correlacionam com comportamentos promotores em saúde em exercício físico. Este resultado associado ao resultado de que a frequência de comportamentos promotores de saúde se correlaciona positivamente com a aquisição de informação sobre higiene oral e exercício físico, corrobora a  $H_{10}$  formulada.

A utilização das fontes de informação em saúde prediz 6,7% dos comportamentos promotores em saúde totais, sendo as fontes de informação mais relevantes as revistas, família (pais), panfletos/brochuras e médico. Todas as subescalas apresentam variância explicada pelas fontes de informação em saúde. No sexo masculino as fontes de informação em saúde preditivas de forma mais significativa são a família (pais), revistas e panfletos/brochuras, enquanto no sexo feminino são as fontes de informação em saúde panfletos/brochuras, família (pais), revistas e médico. Em ambos os grupos etários formados, as fontes de informação preditoras

de comportamentos promotores de saúde são as mesmas, e os adolescentes a frequentar o CCH – línguas e humanidades, os adolescentes que melhor dominam uma língua estrangeira para comunicar com a família e com os amigos e nas relações sociais apresentam valores de explicação da variância dos comportamentos promotores de saúde pela utilização das fontes de informação em saúde mais elevadas que os restantes adolescentes. A aquisição de panfletos/brochuras explica também uma parte da variância dos comportamentos promotores de saúde, sendo a explicação maior no sexo feminino e nos adolescentes mais novos. A leitura imediata deste material informativo tem também um efeito preditivo neste tipo de comportamentos. Para além disso, receber informação sobre nutrição e saúde oral (dentes e gengivas) apresenta um efeito preditor nos comportamentos promotores de saúde totais. Nos adolescentes mais novos, o principal preditor em relação aos tópicos de informação é o exercício físico e nos adolescentes mais velhos é a saúde oral (dentes e gengivas). Nos adolescentes de cultura não portuguesa esta predição assume valores mais elevados em relação aos restantes adolescentes. Todos estes resultados permitem confirmar a  $H_{13}$ , que refere que os níveis de comportamentos promotores de saúde são influenciados pela utilização das fontes de informação em saúde e informação recebida acerca dos tópicos de informação em saúde.

Concluiu-se ainda existir uma correlação estatisticamente significativa positiva entre literacia em saúde e comportamentos promotores de saúde, nomeadamente entre todas as áreas temáticas, parâmetros de desempenho e valores de literacia em saúde total e as subescalas de comportamentos promotores de saúde e o seu valor total. Também a e-literacia se correlaciona positivamente com os níveis de comportamentos promotores de saúde totais e subescalas, com exceção de alguns itens da e-literacia e algumas subescalas dos comportamentos promotores de saúde, cujas correlações não são estatisticamente significativas. Estas conclusões permitem confirmar a  $H_{11}$ .

Também a  $H_{14}$  se confirma, pois a literacia em saúde é preditora dos comportamentos promotores de saúde, correlacionando-se com esta de forma positiva, bem como a e-literacia em saúde. O grupo de adolescentes com elevado nível de literacia em saúde apresenta também níveis mais elevados de

comportamentos promotores de saúde. Esta predição assume-se, quer em termos de comportamentos promotores de saúde totais, quer em relação a algumas subescalas, sendo que os preditores são, não só a literacia em saúde total, mas também algumas áreas temáticas e parâmetros de desempenho. Nos adolescentes a frequentar o CCH – línguas e humanidades, bem como nos adolescentes de nacionalidade não portuguesa ou cuja melhor língua dominada é não portuguesa nas três situações avaliadas apresentam valores preditivos bastante superiores em relação aos restantes grupos de adolescentes. A literacia em saúde revela-se assim um preditor firme dos comportamentos promotores de saúde, dado surgir associado à sua predição em todos os grupos definidos. Exercício físico e gestão do *stress* são as únicas subescalas de comportamentos promotores de saúde não influenciadas pela literacia em saúde. A e-literacia em saúde explica, não só parte da variância dos comportamentos promotores de saúde totais, mas também das suas subescalas, sendo este valor preditivo superior no sexo feminino e nos adolescentes mais novos.

O aumento da frequência de utilização das várias fontes de informação em saúde correlaciona-se positivamente com os níveis de literacia em saúde totais, áreas temáticas e parâmetros de desempenho, não se verificando esta correlação entre a fonte de informação farmacêutico e algumas áreas temáticas e parâmetros de desempenho. A utilização destas fontes de informação explica parte da variância da literacia em saúde total dos adolescentes, sendo as fontes de informação mais relevantes nesta predição as revistas, o médico, o farmacêutico e os panfletos/brochuras. No sexo masculino, as fontes com impacto nesta predição são o médico e o farmacêutico, enquanto no sexo feminino a utilização de fontes de informação em saúde não explica os níveis de literacia em saúde total, apesar da fonte de informação amigos e *internet* predizerem parte da variância na área temática exercício físico e parâmetro de desempenho planeamento e processo. Os adolescentes mais jovens apresentam esta variância explicada pelas fontes de informação revistas e panfletos/brochuras, enquanto os mais velhos vêem-na explicada pelo médico e farmacêutico. Os adolescentes a frequentarem o CCH – línguas e humanidades, os adolescentes de nacionalidade não portuguesa, de cultura não portuguesa e os que dominam outra língua que não o português para comunicar com a família ou para comunicar com os amigos e nas relações sociais,

apresentam valores preditivos mais elevados nesta relação, em relação aos restantes adolescentes. Os níveis de literacia em saúde totais, áreas temáticas e parâmetros de desempenho são superiores nos adolescentes que adquirem panfletos/brochuras sobre saúde, bem como nos que leem imediatamente este material informativo e nos que encontram informação útil no mesmo, funcionando a aquisição deste material informativo e a leitura imediata do mesmo como preditoras da literacia em saúde.

Os adolescentes que receberam informação sobre nutrição e saúde sexual (IST's, HIV/SIDA) no último ano apresentam valores de literacia em saúde totais, nos parâmetros de desempenho e nalgumas áreas temáticas, mais elevados. Em termos preditores, receber informação acerca de saúde explica parte da variância dos níveis de literacia em saúde total, sobretudo sobre o tema saúde sexual (IST's, HIV/SIDA). Adolescentes que dominam outra língua para ler e escrever, para comunicar com a família ou para comunicar com os amigos e nas relações sociais, bem como os adolescentes com cultura não portuguesa, este valor preditivo é mais elevado do que nos restantes grupos de adolescentes.

Perante estes resultados e conclusões, existe a confirmação da  $H_{15}$ , onde se pretendia confirmar que os níveis de literacia em saúde são influenciados pela utilização das fontes de informação em saúde e informação recebida acerca dos tópicos de informação em saúde.

Perante estas conclusões percebe-se então a relação linear, mas não direta entre fontes de informação em saúde e tópicos de informação em saúde, literacia em saúde e comportamentos promotores de saúde. Tal como se propõe no modelo apresentado, a relação causal entre os conceitos existe, mas existirão fatores que a influenciam e que devem ser aprofundados em termos de reconhecimento.

Parece-nos então que se respondeu à questão de investigação formulada e que os objetivos da investigação foram cumpridos, elevando-se a necessidade de futuramente continuar a investir na investigação desta temática como forma de confirmação dos dados encontrados e aprofundamento do conhecimento teórico nesta área.

Esta investigação permitiu a compreensão da necessidade de intervenção de enfermagem em termo de promoção da literacia em saúde, quer por se ter percebido o seu impacto nos comportamentos promotores de saúde, quer na própria literacia em saúde, necessária para a tomada de decisão adequada e consciente na idade adulta. Para além disso, os resultados obtidos neste estudo permitem perceber os tópicos sobre os quais se deve focar a intervenção, bem como as fontes de informação a privilegiar e os grupos de adolescentes alvo a considerar de forma a obter o maior impacto possível.

Considerando os setores que constituem a literacia em saúde, a cultura e a sociedade, o sistema de saúde e o sistema educacional, a enfermagem enquadra-se nesta relação enquanto disciplina que visa educar para a saúde os adolescentes, quer através da transmissão de conhecimentos e informação, quer através da promoção de competências pessoais e interpessoais. As competências pessoais e interpessoais, que permitam a utilização adequada e eficaz da informação adquirida, permitem uma atuação adequada em prol da saúde individual e comunitária. A enfermagem, em particular a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, visa a promoção destas competências pessoais e interpessoais.

Intervenções nesta faixa etária e que englobem estes setores revelam-se fundamentais, sendo de considerar então a intervenção considerando as fontes privilegiadas pelos jovens (nomeadamente a família, as revistas e o material escrito, para além dos profissionais de saúde), bem como as temáticas mais influentes (nutrição, saúde oral e saúde sexual), quer nos níveis de literacia em saúde, quer na promoção de comportamentos saudáveis.

Considerando este enquadramento, também a intervenção em outros intervenientes, como os pais, os professores/educadores e a comunidade em geral parece ter um impacto importante na literacia em saúde e comportamentos promotores de saúde dos jovens.

Pretende-se assim que a enfermagem diminua os níveis de baixa literacia em saúde, providenciando uma parceria que permita aos utentes adquirir confiança e segurança que lhes permita, não só utilizar a informação de forma útil, mas também fazer escolhas saudáveis, promovendo os seus comportamentos de saúde.

### 7.1. LIMITAÇÕES AO ESTUDO E SUGESTÕES

Tal como qualquer investigação, emergiram neste estudo algumas limitações, sugerindo-se assim investigações futuras como forma de as colmatar.

O estudo realizado apresenta resultados válidos e pertinentes metodologicamente, mas que poderiam ser potenciados considerando alguns aspetos que se apontam como forma de sugestões para investigações futuras. Isto porque a necessidade de investigação na área, sobretudo em Portugal, deixa em aberto a possibilidade da realização de estudos futuros que corroborem os resultados encontrados neste estudo, bem como outros resultados que os complementem.

O estudo que se apresenta foi realizado com recurso a uma amostra de conveniência, e portanto, não probabilística. Significa então que a generalização dos seus resultados a toda a população adolescente portuguesa não é possível, ou mesmo a amostras cujas características difiram da amostra utilizada, dado não ter sido considerada a aleatoriedade e representatividade amostral necessária para este processo. A aplicação ou replicação deste desenho de investigação em amostras em diferentes contextos, com a utilização de um método de amostragem aleatório, permitindo a obtenção de uma amostra representativa da população em estudo, possibilitará a generalização de resultados, permitindo corroborar a sua viabilidade e sensibilidade para a avaliação deste conceito na população adolescente em Portugal.

Uma das limitações apresentadas prende-se com a extensão do questionário, o que limitou de certa forma a concentração e atenção dos adolescentes no seu preenchimento, sobretudo na sua parte final. Como resultado, foram obtidos bons resultados psicométricos nos instrumentos que constituíam o questionário na parte inicial, mas menos bons resultados no instrumento final, tendo havido alguns adolescentes que não completaram o questionário. Dados os resultados das propriedades psicométricas e a extensão do questionário, destaca-se a necessidade de uma nova aplicação dos instrumentos, em separado, de forma a potenciar a concentração e atenção dos adolescentes no seu preenchimento. Sugere-se uma aplicação numa amostra com as mesmas características de forma

a corroborar os resultados encontrados na amostra utilizada. Para além disso, a repetição da sua aplicação em amostras semelhantes será benéfica a fim de comprovar a sua aplicabilidade e validade na avaliação dos respetivos conceitos na população de adolescentes portugueses, mas também de forma a verificar a necessidade de adaptações de forma a conseguir potenciar os resultados em termos de propriedades psicométricas.

Em relação ao último instrumento aplicado, que avalia a literacia em saúde, sugere-se após uma nova aplicação com vista à procura de corroboração de resultados, uma nova análise e avaliação, com vista a alterar, eliminar ou incluir questões e detalhes que possam melhorar as suas propriedades psicométricas, por forma a tornar ainda mais válido o instrumento.

Outra questão relacionada com o instrumento de colheita de dados, prende-se com o facto de algumas questões potenciarem o papel do médico em termos de procura de informação, relevando o papel do enfermeiro. Nesta primeira fase de validação do instrumento para a população portuguesa, optou-se por aplicar o mesmo, após tradução e validação cultural, na sua forma e conteúdo original. Esta opção leva a uma outra limitação deste estudo, no sentido em que não analisa de forma mais precisa, o papel do enfermeiro na procura de informação em saúde. Por isto, se sugere que em estudos posteriores na disciplina de enfermagem, em que estes instrumentos de avaliação sejam utilizados, que haja uma alteração do conteúdo do instrumento, de forma a proceder a uma validação e adequação do mesmo ao estudo do papel do enfermeiro enquanto fonte de informação em saúde.



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abel, T. (2008). Measuring health literacy: moving towards a health - promotion perspective. *International Journal of Public Health*, 53, pp. 169-170.
- Ackard, D. M., & Neumark-Sztainer, D. (2001). Health Care Information Sources for Adolescents: Age and Gender Differences on Use, Concerns, and Needs. *Journal of Adolescent Health*, 29, pp. 170-176.
- Al-Qallaf, B. A., Al-Otaibi, B. N., & Othman, H. A. (2012). Perception of Adolescents Towards health Related Issues in Secondary Schools, kuwait. *European Journal of General Medicine*, 9(3), pp. 162-169.
- Andreassen, H. K., Bujnowska-Fedak, M. M., Chronaki, C. E., Dumitri, R. C., Pudule, I., Santana, S., . . . Wynn, R. (2007). European citizens' use of E-health services: A study of seven countries. *BMC Public Health*, 7, p. 53.
- Austin, R. (2012). EHealth Literacy for Older Adults - Part I. *ANIA-CARING Newsletter*, pp. 7-9.
- Baker, D. W. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21, pp. 878-883.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*, 25(24), pp. 3186-3191.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (1998). *Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures*. Obtido em 27 de 02 de 2013, de University of Minnesota Medical School:  
[http://med.umn.edu/ortho/prod/groups/med/@pub/@med/@ortho/documents/asset/med\\_asset\\_360072.pdf](http://med.umn.edu/ortho/prod/groups/med/@pub/@med/@ortho/documents/asset/med_asset_360072.pdf)

- Bodie, G. D., & Dutta, M. J. (2008). Understanding Health Literacy for Strategic Health Marketing: eHealth Literacy, Health Disparities, and the Digital Divide. *Health Marketing Quarterly*, 25(1/2), pp. 175-203.
- Borzekowski, D. L. (2009). Considering Children and Health Literacy: A Theoretical Approach. *Pediatrics*(124), pp. S282-S288.
- Brown, S. L., Teufel, J. A., & Birch, D. A. (2007). Early Adolescents Perception of Health and Health Literacy. *Journal of School Health*, 77(1), pp. 7-15.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009). *What We Know About... Health Literacy*. Obtido em 22 de 08 de 2013, de Centers for Disease Control and Prevention:  
<http://www.cdc.gov/healthcommunication/audience/healthliteracy.pdf>
- Cha, E.-S., Kim, K. H., & Erlen, J. A. (2007). Translation of scales in cross-cultural research: issues and techniques. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), pp. 386-395.
- Chan, C. V., Matthews, L. A., & Kaufman, D. R. (2009). A Taxonomy Characterizing Complexity of Consumer eHealth Literacy. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 2009, pp. 86-90.
- Chan, C., & Kaufman, D. (2011). A Framework for Characterizing eHealth Literacy Demands and Barriers. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), p. e94.
- Chang, L.-C. (2010). Health Literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*(20), pp. 190-196.
- Chen, M.-Y., Wang, E. K., & Chang, C.-J. (2006). Cross-Validation and Discriminant Validity of Adolescent Health Promotion Scale Among Overweight and Nonoverweight Adolescents in Taiwan. *Public Health Nursing*, 23(6), pp. 555-560.

- 
- Chen, M.-Y., Wang, E., Yang, R.-J., & Liou, Y.-M. (2003). Adolescent Health Promotion Scale: Development and Psychometric Testing. *Public Health Nursing, 20*(2), pp. 104-110.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A Nursing Concern. Em A. I. Meleis, *Transition Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 24-38). New York: Springer Publishing Company.
- Chisolm, D. J., & Buchanan, L. (2007). Measuring Adolescent Functional Health Literacy: A Pilot Validation of the Test of Functional Health Literacy in Adults. *Journal of Adolescent Health, 41*, pp. 312-314.
- Committee on Health Literacy. (2004). *Health Literacy: A Prescription To End Confusion*. Washington, D. C.: The National Academies Press.
- Cyrus, N. S. (2011). *Health literacy, sexually transmitted infection (STI) knowledge and protective sexual behavior*. Obtido em 06 de 08 de 2013, de ProQuest Dissertations and Theses: <http://udini.proquest.com/view/health-literacy-sexually-pqid:2511450231/>
- Dennis, S., Williams, A., Taggart, J., Newall, A., Denney-Wilson, E., Zwar, N., . . . Harris, M. F. (2012). Which providers can bridge the health literacy gap in lifestyle risk factor modification education: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Family Practice, 13*, pp. 44-73.
- Dobransky, K., & Hargittai, E. (2012). Inquiring Minds Acquiring Wellness: Uses of Online and Offline Sources of Health Information. *Health Communication, 27*(4), pp. 331-343.
- Dominick, G. M., Dunsiger, S. I., Pekmezi, D. W., & Marcus, B. H. (2013). Health Literacy Predicts Change in Physical Activity Self-efficacy Among Sedentary Latinas. *Journal of immigrant and minority health*(15), pp. 533-539.
- Drossaert, C. H., Van Der Vaart, R., & Van Deursen, A. J. (2011). Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) Measure What it Intends to Measure? Validation of
-

- a Dutch Version of the eHEALS in Two Adult Populations. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), p. e86.
- European Opinion Research Group. (2003). *European Commission*. Obtido em 20 de 08 de 2013, de European Commission Eurobarometer Surveys: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_179\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_179_en.pdf)
- Feldman, R. S. (2008). *Adolescence*. London: Pearson Education.
- Fetro, J. V. (2010). Health-Literate Youth: Evolving Challenges for Health Educators. *American Journal of Health Education*, 41(5), pp. 258-264.
- Freire, P., & Macedo, D. (1994). *Alfabetização: Leitura do mundo, Leitura da palavra*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- Garman, J. F., Hayduk, D. M., Posey, N. L., Teske, C. J., & Crider, D. A. (2004). *National Health Education Standards: "Exit Competencies" Assessment Instrument*. Obtido em 06 de 01 de 2010, de ERIC Institution of Education Science: <http://eric.ed.gov/?id=ED493198>
- Gaspar, P. J. (2006). *Educação para a Saúde e estudantes: as fontes e o impacto da informação*. Dissertação de Mestrado em Comunicação e Educação em Ciência, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference. 11.0 Update* (4 ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Ghaddar, S. F., Valerio, M. A., Garcia, C. M., & Hansen, L. (2012). Adolescent Health Literacy: The Importance of Credible Sources for Online Health Information. *Journal of School Health*, 82, pp. 28-36.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4 ed.). San Francisco: A Wiley Imprint.
- Gray, N. J., Klein, J. D., Noyce, P. R., Sesselberg, T. S., & Cantrill, J. A. (2005a). Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. *Social Science & Medicine*, 60, pp. 1467-1478.

- 
- Gray, N. J., Klein, J. D., Noyce, P. R., Sesselberg, T. S., & Cantrill, J. A. (2005b). The Internet: A window on adolescent health literacy. *Journal of Adolescent Health, 37*(3), pp. 243.e1-243.e7.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology, 46*(12), pp. 1417-1432.
- Hattar-Pollara, M. (2010). Developmental Transitions. Em A. I. Meleis, *Transition Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 87-94). New York: Springer Publishing Company.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário* (2 ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hingle, M., Nichter, M., Medeiros, M., & Grace, S. (2013). Texting for Health: The Use of Participatory Methods to Develop Healthy Lifestyle Messages for Teens. *Journal of Nutrition Education and Behaviour, 45*(1), pp. 12-19.
- HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States*. Obtido em 30 de 08 de 2013, de The European Health Literacy Survey HLS-EU: <http://www.health-literacy.eu>
- Hove, T., Paek, H.-J., & Isaacson, T. (2011). Using Adolescent eHealth Literacy To Weigh Trust in Commercial Web Sites. *Journal of Advertising Research, 51*(3), pp. 524-537.
- Ickes, M. J., & Cottrell, R. (2010). Health Literacy in College Students. *Journal of American College Health, 58*(5), pp. 491-498.
- Igra, V., & Irwin, JR., C. E. (1996). Theories of Adolescent Risk-Taking Behavior. Em R. J. DiClemente, W. B. Hansen, & L. E. Ponton, *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior* (pp. 35-51). New York: Plenum Press.
- Ince, M. L., & Ebem, Z. (2009). Role of exercise stages in self-reported health-promoting behaviors of a group of Turkish adolescents at transition to university. *Perceptual & Motor Skills, 108*(2), pp. 399-404.
-

- Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *Ishikawa and Kiuchi BioPsychosocial Medicine*, 4, p. 18.
- Joint Committee on National Health Education Standards. (1995). *National Health Education Standards: Achieving Health Literacy*. Atlanta: American Cancer Society.
- Joint Committee on National Health Education Standards. (1997). *National Health Education Standards: Achieving Health Literacy*. Obtido em 26 de 08 de 2013, de Montana Office of Public Instruction: <http://opi.mt.gov/PDF/Health/NHES.PDF>
- Kirsch, I. S. (2001). The framework used in developing and interpreting the international adult literacy survey (IALS). *European Journal of Psychology of Education*, 16(3), pp. 335-361.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Paulsen, C., & White, S. (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483)*. U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education.
- Kwan, M. Y., Arbour-Nicitopoulos, K. P., Lowe, D., Taman, S., & Faulkner, G. E. (2010). Student Reception, Sources, and Believability of Health-Related Information. *Journal of American College Health*, 58(6), pp. 555-562.
- Lee, A. (2009). Health-promoting schools: evidence for a holistic approach to promoting health and improving health literacy. *Applied health economics and health policy*, 7(1), pp. 11-17.
- Lee, S.-Y. D., Tsai, T.-I., Tsai, Y.-W., & Kuo, K. N. (2010). Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC Public Health*, 10, p. 614.
- Lim, M. S., Hocking, J. S., Aitken, C. K., Fairley, C. K., Jordan, L., Lewis, J. A., & Hellard, M. E. (2012). Impact of text and email messaging on the sexual health of young people: a randomized controlled trial. *Journal of Epidemiology and Community Health*(66), pp. 69-74.
-

- 
- Lopes, M. d., Saraiva, K. R., Fernandes, A. F., & Ximenes, L. B. (2010). Análise do conceito de Promoção da Saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(3), pp. 461-468.
- Loureiro, L. M., Mendes, A. M., Barroso, T. M., Santos, J. C., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência, Série III*(6), pp. 157-166.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5 ed.). Pero Pinheiro: Report Number.
- Massey, P., Prelip, M., Calimlim, B., Afifi, A., Quiter, E., Nessim, S., . . . Glik, D. (2013). Findings Toward a Multidimensional Measure of Adolescent Health Literacy. *American Journal of Health Behavior*, 37(3), pp. 342-350.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., . . . Equipa Aventura Social. (2012). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL.
- McCormack, L., Bann, C., Squiers, L., Berkman, N. D., Squire, C., Schillinger, D., . . . Hibbard, J. (2010). Measuring Health Literacy: A Pilot Study of a New Skills-Based Instrument. *Journal of Health Communication*, 15, pp. 51-71.
- Meleis, A. I. (2010). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. Em A. I. Meleis, *Transition Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 13-24). New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (5 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health e Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. Em A. I. Meleis, *Transition Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 65-72). New York: Springer Publishing Company.
-

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Em A. I. Meleis, *Transition Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 52-65). New York: Springer Publishing Company.
- Mukherjee, A., & Bawden, D. (2012). Health information seeking in the information society. *Health Information and Libraries Journal*, 29, pp. 242-246.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006a). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), p. e27.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006b). eHealth Literacy: Essencial Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), p. e9.
- Nustad, J., Adams, T., & Moore, M. (2008). Health Information Sources Accessed by College Females: Differences Between Body-Image Distorted and Non-Body-Image Distorted. *Health Marketing Quarterly*, 25(3), pp. 241-253.
- Nutbeam, D. (1998). *The WHO Health Promotion Glossary*. Obtido em 24 de 08 de 2013, de World Health Organization: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), pp. 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, pp. 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54, pp. 303-305.
- O'Haver, J., Scalacha, L. A., Kelly, S., Jacobson, D., & Melnyk, B. M. (2011). The relationships among body size, biological sex, ethnicity, and healthy lifestyles in adolescents. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16, pp. 199-206.
-



- 
- Ortabag, T., Ozdemir, S., Bakir, B., & Tosun, N. (2011). Health Promotion and Risk Behaviors Among Adolescents in Turkey. *27*(4), pp. 304-315.
- Paek, H.-J., & Hove, T. (2012). Social Cognitive Factors and Perceived Social Influences That Improve Adolescent eHealth Literacy. *Health Communication, 27*(8), pp. 727-737.
- Paek, H.-J., Hove, T., & Isaacson, T. (2011). Adolescent eHealth Literacy and Trust in Commercial websites: Implications for Advertisers' Socially Responsible Practices. *American Academy of Advertising Conference Proceedings*, pp. 76-77.
- Paek, H.-J., Reber, B. H., & Lariscy, R. W. (2011). Roles of interpersonal and media socialization agents in adolescent self-reported health literacy: a health socialization perspective. *Health Education Research, 26*(1), pp. 131-149.
- Pai, H.-C., & Lee, S. (2012). Sexual self-concept as influencing intended sexual health behaviour of young adolescent Taiwanese girls. *Journal of Clinical Nursing, 21*, pp. 1988-1997.
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills. *Journal of general internal medicine, 10*, pp. 537-541.
- Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2010). *Health Promotion In Nursing Practice* (6 ed.). Boston MA: Pearson.
- Percheski, C., & Hargittai, E. (2011). Health Information-Seeking in the Digital Age. *Journal of American College Health, 59*(5), pp. 379-386.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (5 ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Prinstein, M. J., Boergers, J., & Spirito, A. (2001). Adolescents' and Their Friends' Health-Risk Behavior: Factors That Alter or Add to Peer Influence. *Journal of Pediatric Psychology, 26*(5), pp. 287-298.
-

- Robinson, C., & Graham, J. (2010). Perceived Internet health literacy of HIV-positive people through the provision of a computer and Internet health education intervention. *Health Information and Libraries Journal*, 27, pp. 295-303.
- Rudd, R., Kirsch, I., & Yamamoto, K. (2004). *Literacy and Health in America*. Princeton: Educational Testing Service.
- Sanders, L. M., Federico, S., Klass, P., Abrams, M. A., & Dreyer, B. (2009). Literacy and Child Health: A Systematic Review. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 163(2), pp. 131-140.
- Sanders, L. M., Shaw, J. S., Guez, G., Baur, C., & Rudd, R. (2009). Health Literacy and Child Health Promotion: Implications for Research, Clinical Care, and Public Policy. *Pediatrics*(124), pp. S306-S314.
- Santos, O. (2010). *O papel da literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal*. Obtido em 21 de 08 de 2013, de Repositório Digital de Publicações Científicas da Universidade de Évora: <http://hdl.handle.net/10174/2320>
- Schmidt, C. O., Fahland, R. A., Franze, M., Splieth, C., Thyrian, J. R., Plachta-Danielzik, S., . . . Kohlmann, T. (2010). Health-related behaviour, Knowledge, attitudes, communication and social status in school children in Eastern Germany. *Health Education Research*, 25(4), pp. 542-551.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A Central Concept Nursing. Em A. I. Meleis, *Transition Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 38-51). New York: Springer Publishing Company.
- Selden, C. R., Zorn, M., Ratzan, S., & Parker, R. M. (02 de 2000). *Health Literacy [bibliography online]*. Obtido em 04 de 08 de 2013, de Bethesda (MD): National Library of Medicine: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/cbm/hliteracy.html>
- Shah, L. C., West, P., Bremmeyr, K., & Savoy-Moore, R. T. (2010). Health Literacy Instrument in Family Medicine: The "Newest Vital Sign" Ease of Use and

- 
- Correlates. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(2), pp. 195-203.
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2010). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, pp. 268-274.
- Spear, H. J., & Kulbok, P. A. (2001). Adolescent Health Behaviors and Related Factors: A Review. *Public Health Nursing*, 18(2), pp. 82-93.
- Sperber, A. D. (2004). Translation and Validation of Study Instruments for Cross-Cultural Research. *Gastroenterology*, 126(1), pp. 124-128.
- Squellati, R. (2010). Health Literacy: Understanding Basic Health Information. *Creative Nursing*, 16(3), pp. 110-114.
- Steckelberg, A., Hülfenhaus, C., Kasper, J., & Mühlhauser, I. (2009). Ebm@school - a curriculum of critical health literacy for secondary school student: results of a pilot study. *International journal of public health*, 54(3), pp. 158-165.
- Steckelberg, A., Hülfenhaus, C., Kasper, J., Rost, J., & Mühlhauser, I. (2009). How to measure critical health competences: development and validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). *Advances in health sciences education : theory and practice*, 14, pp. 11-22.
- Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B., & Chavarria, E. A. (2011). eHealth Literacy Among College Students: A Systematic Review With Implications for eHealth Education. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), p. e102.
- Tomás, C; Queirós, P; Rodrigues, T. (s.d.a). Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de eLiteracia em Saúde. *Revista Referência*. (submetido).
-

- Tomás, C; Queirós, P; Rodrigues, T. (s.d.b). Comportamentos promotores de saúde: propriedades psicométricas de um instrumento de avaliação. Texto & Contexto Enfermagem. (submetido).
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5 ed.). (A. R. Albuquerque, Trad.) Loures: Lusociência.
- Turner, T., Cull, W. L., Bayldon, B., Klass, P., Sanders, L. M., Frintner, M. P., . . . Dreyer, B. (2009). Pediatricians and Health Literacy: Descriptive Results From a National Survey. *Pediatrics*, 124, pp. S299-S305.
- Vardavas, C. I., Kondilis, B. K., Patelarou, E., Akrivos, P. D., & Falagas, M. E. (2009). Health literacy and sources of health education among adolescents in Greece. *International journal of adolescent medicine and health*, 21(2), pp. 179-186.
- Wang, D., Ou, C.-Q., Chen, M.-Y., & Duan, N. (2009). Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China. *BMC Public Health*, 9(379).
- Wang, R.-H., Hsu, H.-Y., Lin, S.-Y., Cheng, C.-P., & Lee, S.-L. (2009). Risk behaviours among early adolescents: risk and protective factors. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), pp. 313-323.
- Wu, A. D., Begoray, D. L., MacDonald, M., Higgins, J. W., Frankish, J., Kwan, B., . . . Rootman, I. (2010). Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health Promotion International*, 25(4), pp. 444-452.
- Wynia, M. K., & Osborn, C. Y. (2010). Health Literacy and Communication Quality in Health Care Organizations. *Journal of Health Communication*, 15(S2), pp. 102-115.
- Yu, X., Yang, T., Wang, S., & Zhang, X. (2012). Study on student health literacy gained through health education in elementary and middle schools in China. *Health Education Journal*, 71(4), pp. 452-460.
-

**ANEXOS**

---



## **ANEXO I**

### **Instrumento de colheita de dados**





**Ano de escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Curso formativo frequentado:**

Curso Científico-Humanístico

- ☐ Ciências Socioeconómicas
- ☐ Ciências e Tecnologias
- ☐ Artes Visuais
- ☐ Línguas e Humanidades

Curso Tecnológico

- ☐ Construção Civil e Edificações
- ☐ Informática
- ☐ Design de Equipamento
- ☐ Multimédia
- ☐ Administração
- ☐ Marketing
- ☐ Ordenamento do Território e Ambiente
- ☐ Ação Social
- ☐ Desporto

Curso Artístico Especializado

- ☐ Qual? \_\_\_\_\_

Curso Profissional

- ☐ Qual? \_\_\_\_\_

**Nacionalidade:**

- ☐ Portuguesa
- ☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**Desde que idade vives em Portugal?**

- ☐ Desde que nasci
- ☐ Desde os \_\_\_\_\_ anos

**Qual a língua que melhor dominas:**

Para ler e escrever?

- ☐ Portuguesa
- ☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Para comunicar com a tua família?

- ☐ Portuguesa
- ☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Para comunicar com os teus amigos e nas relações sociais?

- ☐ Portuguesa
- ☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_

## QLSC

Esta escala pretende avaliar a tua literacia em saúde.

*Por favor completa este questionário o mais completo possível para nos ajudares a melhor compreender como recebes informação sobre saúde e como isso pode ser melhorado no futuro.*

### I. Dados Demográficos

1. Qual é o teu sexo? ☐ Masculino    † ☐ Feminino
2. Que idade tens? \_\_\_\_\_ †
3. Em que cidade/localidade vives? \_\_\_\_\_
4. A que cultura consideras pertencer (escolha todas as que se aplicam)  
☐ Portuguesa    ☐ Brasileira    ☐ Do Leste Europeu    ☐ Africana  
☐ Outra: \_\_\_\_\_

### II. Razão para visitar o hospital/médico

1. Quando foste ao médico pela última vez? (mês / ano) \_\_\_\_\_
2. Que tipo de médico consultaste? (seleciona apenas UM)  
☐ Médico de medicina geral e familiar    ☐ Pediatra    ☐ Ortodontista/Dentista  
☐ Outro médico especialista (indica a especialidade: \_\_\_\_\_)
3. Quantas vezes foste ao hospital ou ao médico, nos últimos seis meses? †  
☐ Nenhuma    †    ☐ 1-2 vezes    †    ☐ 3 ou mais vezes
4. Essa(s) consulta(s) foi(ram) realizada(s) pela(s) mesma(s) razão(ões) referida(s) em 1?  
☐ Sim    †    ☐ Não    †    ☐ Não tenho a certeza
5. Foste tu que pediste para ir ao médico?  
☐ Sim    ☐ Não    ☐ Não tenho a certeza
6. Se respondeste “não” na pergunta anterior (5), quem decidiu que devias ir ao médico?  
☐ Os meus pais    ☐ Outra pessoa (indica): \_\_\_\_\_

### III. Questões sobre literacia em saúde

1.	<p>Onde adquires panfletos/brochuras?</p> <p><input type="checkbox"/> Não adquiero</p> <p><input type="checkbox"/> No médico</p> <p><input type="checkbox"/> Na farmácia</p> <p><input type="checkbox"/> No hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Outro local (<i>indica</i>): _____</p>
2.	<p>Quem é a primeira pessoa com quem falas quando tens um problema de saúde (<i>quando estás doente</i>)? (<i>indica e refere a tua relação com essa pessoa</i>): _____</p>
3.	<p>Sobre que tópicos de saúde recebeste alguma informação de saúde no último ano? (<i>escolhe todas as opções que se aplicam</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Saúde oral (dentes e gengivas)</p> <p><input type="checkbox"/> Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)</p> <p><input type="checkbox"/> Nutrição</p> <p><input type="checkbox"/> Exercício físico</p> <p><input type="checkbox"/> Fumar (deixar de)</p> <p><input type="checkbox"/> Tópico específico (p. ex.: a <i>Diabetes</i>) (<i>indicar qual</i>): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outro (<i>indicar qual</i>): _____</p>

---

		Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
4.	Recebes, do teu <b>farmacêutico</b> , informação sobre saúde?					
5.	Recebes informação sobre saúde através da <b>televisão</b> ?					
6.	Recebes informação sobre saúde de <b>revistas</b> ?					
7.	Recebes, do teu <b>médico</b> , informação sobre saúde?					
8.	Recebes informação sobre saúde através da <b>internet</b> ?					
9.	Recebes informação sobre saúde através da <b>família</b> (pais)?					
10.	Recebes informação sobre saúde através de <b>amigos</b> ?					
11.	Recebes informação sobre saúde de <b>panfletos/brochuras</b> ? (fornecidos no consultório médico ou hospital)					
12.	Lês os panfletos assim que os recebes?					
13.	A pessoa que te entrega os panfletos/brochuras lê-os contigo?					
14.	Encontras informação útil nos panfletos/brochuras?					
15.	Sentes-te à vontade quando falas com o teu médico?					
16.	O teu médico responde-te a todas as tuas perguntas?					
17.	Compreendes as <b>indicações</b> dadas pelo teu médico?					
18.	Segues os <b>conselhos/ordens</b> dados pelo teu médico?					
19.	As outras pessoas influenciam a forma como segues os conselhos do médico?					
20.	Acrescenta algum comentário adicional:					

## Escala de e-Literacia em Saúde

Gostaríamos de conhecer a sua opinião e experiência no uso da internet para aceder a informação sobre saúde. Para cada afirmação, diga-nos qual a resposta que melhor reflete a sua opinião e experiência *neste momento*.

1. Até que ponto considera que a internet é **útil** para o/a ajudar a tomar decisões sobre a sua saúde?

1	2	3	4	5
Absolutamente inútil	Inútil	Não tenho a certeza	Útil	Muito útil

2. Até que ponto considera **importante** para si poder ter acesso a recursos sobre saúde na internet?

1	2	3	4	5
Absolutamente nada importante	Nada importante	Não tenho a certeza	Importante	Muito importante

3. Sei **quais** são os recursos sobre saúde disponíveis na internet.

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo
- 3) Indeciso
- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente

4. Sei **onde encontrar** recursos úteis sobre saúde na internet

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo
- 3) Indeciso
- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente

5. Sei **como** encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo
- 3) Indeciso
- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente

6. Sei **como usar** a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo
- 3) Indeciso
- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente

7. Sei como usar a **informação sobre saúde** que encontro na internet para me ajudar.

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo
- 3) Indeciso
- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente

8. Consigo **avaliar** os recursos sobre saúde que encontro na internet

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo
- 3) Indeciso
- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente

9. Sei distinguir os recursos de **elevada qualidade** dos de **fraca qualidade** entre os recursos sobre saúde da internet.

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo
- 3) Indeciso
- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente

10. Sinto-me **confiante** a usar informação da internet para tomar decisões sobre saúde.

- 1) Discordo totalmente
- 2) Discordo
- 3) Indeciso
- 4) Concordo
- 5) Concordo totalmente

## EPSA

Este questionário contém afirmações respeitantes ao seu estilo de vida atual ou hábitos pessoais. Por favor responda a cada item com o máximo rigor possível, e tente não saltar nenhum item. Por favor, preencha o espaço em branco de acordo com o que fez durante este ano.

	0-10% Nunca	11-30% Poucas vezes	31-60% Algumas vezes	61-80% Muitas vezes	81-100% Sempre
1. Como três refeições por dia (pequeno-almoço, almoço e jantar).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Escolho comidas sem muito óleo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Incluo fibras alimentares na minha dieta (exemplo: frutas ou vegetais).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bebo pelo menos 1,5 L de água por dia (ou 6-8 copos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Incluo cinco grupos alimentares em cada refeição (exemplo: pão, carne ou peixe, produtos láteos, fruta e vegetais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Todos os dias tomo o pequeno-almoço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Partilho e falo sobre os meus sentimentos com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Preocupo-me com as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Falo sobre as minhas preocupações com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Todos os dias me esforço para sorrir ou rir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gosto de manter o contacto com os meus familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Faço um esforço para ter boas amizades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Falo sobre os meus problemas com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando faço compras leio os rótulos das embalagens alimentares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vigio o meu peso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Discuto as minhas preocupações sobre saúde com um médico ou enfermeiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Observo o meu corpo pelo menos uma vez por mês.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Escovo os dentes pelo menos duas vezes por dia e uso fio dentário diariamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Lavo as mãos antes das refeições.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	0-10% Nunca	11-30% Poucas vezes	31-60% Algumas vezes	61-80% Muitas vezes	81-100% Sempre
20. Leio informação sobre saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Faço um esforço para escolher comidas sem conservantes. (ex. aditivos na comida).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Faço um esforço para gostar de mim próprio/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Faço um esforço para me sentir feliz e contente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Normalmente, penso positivamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Faço um esforço para compreender as minhas forças e fraquezas e aceitá-las.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Faço um esforço para corrigir os meus defeitos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Faço um esforço por saber o que é importante para mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Faço um esforço para me sentir interessado e desafiado todos os dias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Faço um esforço por acreditar que a minha vida tem um propósito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Faço alongamentos todos os dias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Faço exercício vigoroso durante 30 minutos pelo menos 3 vezes por semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Participo em aulas de Educação Física na escola semanalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Faço aquecimento antes de exercício vigoroso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Faço um esforço para estar direito/a quando estou em pé ou sentado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Faço um esforço para passar algum tempo a relaxar diariamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Faço um esforço para determinar a fonte do meu stresse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Faço um esforço por observar as minhas mudanças de humor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Durmo de 6 a 8 horas todas as noites.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Faço planos de atividades e estabeleço prioridades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Tento não perder o controlo quando acontecem coisas injustas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE LITERACIA EM SAÚDE

LÊ CADA HISTÓRIA COM ATENÇÃO E SELECIONA A MELHOR RESPOSTA EM CADA QUESTÃO COM BASE NOS TEUS CONHECIMENTOS SOBRE SAÚDE

Responde às questões de 1 a 3 de acordo com a situação seguinte e com o seu conhecimento sobre saúde.

**Situação:** A Maria é uma estudante do secundário com notas acima da média e um membro muito ativo da Associação de Estudantes da sua escola. É ainda atleta de competição em natação e todas estas atividades, das quais gosta bastante, tiram-lhe tempo para estar com os amigos. Neste momento, ela sente que está a perder o controlo e não consegue organizar o seu tempo, sentindo que está a desiludir os amigos porque já teve de faltar a várias atividades e encontros planeadas com eles, e sente-se culpada porque não consegue cumprir e gerir todas as suas obrigações, tendo as suas notas descido. Desde o início do ano letivo que aumentou 4 Kg e voltou a fumar, depois de um ano sem cigarros, o que a deixa triste e perturbada, sobretudo porque foi muito difícil deixar de fumar da última vez. A Ana, a sua melhor amiga é fumadora e defende que os fumadores têm liberdade de escolha e que só se prejudicam a eles próprios. O desejo da Maria é voltar ao seu antigo “eu”, estar mais tempo com os amigos, mas sem desistir das suas atividades.

1. Quais são algumas das potenciais implicações a curto-prazo, na saúde da Maria devido à sua situação?
  - a. Aumento de peso, mas nenhuma mudança nos sentimentos de culpa e *stress* diminuído.
  - b. Crescente uso de substâncias, maiores níveis de *stress* e pior desempenho nas aulas.
  - c. Sentimentos de culpa crescentes, crescente forma física e uso de substâncias diminuído.
  - d. Isolamento social decrescente, problemas de desempenho académico e *stress* decrescente.
  
2. Se a Maria quisesse explorar o argumento da amiga sobre os fumadores só se prejudicarem a eles próprios, onde é que ela poderia procurar informação imparcial e precisa?
  - a. Jornais de negócios disponíveis nas bibliotecas municipais e *sites* da internet sobre o uso e dependência de substâncias
  - b. Revistas científicas de reputação nacional e *websites* de empresas produtoras e que comercializam tabaco
  - c. *Websites* de Saúde de Organizações Científicas e do Governo e artigos científicos sobre ética que apresentem os dois lados do debate.
  - d. Revistas populares que relatam os perigos do fumo em segunda mão e dão dicas para parar de fumar.
  
3. O que pode sugerir que a Maria é capaz de alterar o seu comportamento e superar esta dificuldade?
  - a. Sentir-se culpada por não estar com os seus amigos.
  - b. Achar que não precisa de ajuda
  - c. Ser do sexo feminino, jovem e ser boa aluna
  - d. Ter vontade de mudar e voltar ao seu antigo “eu”

Responda às questões de 4 a 7 de acordo com a situação seguinte e com o seu conhecimento sobre saúde.

**Situação:** A Ana e o José têm 17 anos e namoram há 1 ano. Ambos são estudantes e vivem com os respectivos pais. Manifestaram recentemente vontade de iniciar a vida sexual conjunta. Ambos querem ter filhos, mas só depois de tirarem um curso superior e encontrarem um emprego que lhes permita estabilizar a vida. Uma recente discussão entre eles teve como foco o tipo de contraceção a utilizar.

**4.** O que devem a Ana e o José ter em conta para decidir o tipo de contraceptivo a usar?

- a. Eficácia, segurança e efeitos secundários
- b. Efeitos secundários, facilidade de uso e opinião dos amigos.
- c. Capacidade de reversão, opinião dos amigos, risco para a saúde e conveniência.
- d. Preferência do parceiro, grau de confiança, impacto na frequência da atividade sexual.

**5.** Que recursos disponíveis à comunidade podem servir para apoiar a Ana e o José na seleção do método de contraceção a usar?

- a. Uma farmácia na vizinhança, igrejas e sinagogas.
- b. Farmacêuticos, médico de família e amigos.
- c. Médico e enfermeiro de família e sites governamentais com informação científica
- d. Amigos e Professores da Escola.

**6.** Se a Ana e o José obtiverem informação da internet eles poderão avaliar a qualidade da informação ao identificar se o material disponível é de natureza “informativa” ou “publicitária”. Qual dos seguintes revela tratar-se de informação publicitária e não informativa?

- a. Se pessoas famosas e populares derem o seu testemunho sobre determinado produto ou marca.
- b. Se a informação for fornecida por uma Organização de Saúde.
- c. Se o dono do *website* não ganha dinheiro com a promoção da informação.
- d. se existir rigor científico na informação.

**7.** Nas atuais circunstâncias, qual será o melhor contraceptivo para a Ana e o José?

- a. Implante
- b. Preservativo masculino
- c. Diafragma
- d. Coito interrompido

Responda às questões de 8 a 13 de acordo com a situação seguinte e com o seu conhecimento sobre saúde.

**Situação:** A Madalena tem 17 anos, é fumadora, sexualmente ativa e já teve mais de um parceiro sexual. Ela protege-se de uma gravidez com a toma da pílula e das infecções sexualmente transmissíveis (IST's) ao exigir que o seu parceiro use preservativo, exceto se a atividade sexual se limitar a sexo oral. A Madalena nunca teve sinais ou sintomas de uma IST. Atualmente mantém o mesmo parceiro à quase um ano e ultimamente ele tem-na pressionado para terem relações sexuais sem preservativo dizendo que isso os aproximaria e levaria a sua relação para um novo nível. Ela tem resistido e ele fica furioso.

8. Tendo em conta os métodos atualmente usados pela Madalena qual das afirmações sobre os riscos presentes é **falsa**?

- a. A Madalena corre alto risco de infeção por herpes.
- b. A Madalena corre alto risco de infeção por vírus HIV e vírus da hepatite B.
- c. A Madalena corre alto risco de infeção por sífilis e gonorreia.
- d. A Madalena corre alto risco de ficar grávida.

9. O que pode a Madalena atualmente fazer para reduzir o risco de infeções por IST's?

- a. Usar quantidades generosas de cremes ou géis espermicidas juntamente com o preservativo.
- b. Juntamente com o preservativo, usar diafragma com espermicida.
- c. Usar preservativo na atividade sexual limitada a sexo oral.
- d. Fazer exames e análises anualmente.

10. Se a Madalena contrair uma infeção de uma IST:

- a. Sabê-lo-ia imediatamente pelos sintomas.
- b. Ela teria de dizer apenas ao seu último parceiro sexual.
- c. Uma toma de antibióticos resolveria qualquer DST que ela pudesse contrair.
- d. No caso da doença ter cura, deveria evitar qualquer atividade sexual até a doença estar curada.

11. Quando a Madalena tomou a decisão sobre o tipo de proteção que devia usar, ela precisou de ter em consideração a reputação e qualidade da fonte de informação consultada, bem como:

- a. Quantos dos seus amigos usam um produto semelhante.
- b. Segurança e eficácia de proteção do produto.
- c. O que o seu parceiro gosta mais.
- d. Custo e facilidade de acesso ao produto.

12. Como deve a Madalena lidar com a recente pressão do seu parceiro?

- a. Ignorar, e se ele persistir, acabar a relação com ele.
- b. Falar com ele sobre as suas preocupações e tentar encontrar uma base comum.
- c. Evitar o assunto para não discutirem.
- d. Ceder para evitar a sua fúria.

13. A Madalena está a usar a pílula para controlar a sua fertilidade. Que sintomas podem indicar que este **não é** um método indicado para ela, necessitando de consultar o seu médico?

- a. Náuseas e vômitos, baixa tensão arterial, e aumento de peso.
- b. Dores de cabeça forte ou prolongada, tonturas e dores fortes nas pernas.
- c. Problemas de visão, tensão arterial alta e perda de peso.
- d. Dor abdominal, baixa tensão arterial e alterações de audição.

Responde às questões de 14 a 20 de acordo com a situação seguinte e com o seu conhecimento sobre saúde.

**Situação:** O Luís é um aluno do 12.º ano e até ao 11.º ano, tanto ele como o seu colega de equipa e melhor amigo, o Nuno, jogavam andebol federado. No entanto, uma recorrente lesão do tendão do tornozelo forçou o Luís a desistir do andebol este ano. Foi uma decisão difícil, e antes de a tomar, ele tentou tudo para continuar a jogar: visitas ao treinador e médico da equipa e uma longa e dura reabilitação. Tudo em vão. Agora, três meses após atividade mínima, ele finalmente sente-se curado, mas sabe que se tornou sedentário, tendo notado alterações a nível da sua saúde geral, nomeadamente a nível respiratório, tendo também aumentado de peso. Apesar de ele reconhecer que os seus dias de jogador acabaram, ele quer recuperar a sua forma física.

14. Para obter os maiores benefícios em termos de saúde geral, o Luís deveria concentra-se em melhorar o seguinte:

- a. Concentração e agilidade.
- b. Flexibilidade e equilíbrio.
- c. Força muscular.
- d. Resistência cardiovascular.

15. Como resultado da sua lesão, o Luís descobriu que andava a comer mais “comida de plástico”, tinha mais dificuldade em concentrar-se no trabalho escolar, e discutia mais com a sua namorada. Isto sugere uma ligação entre:

- a. Saúde física e ambiental.
- b. Saúde física e mental.
- c. Saúde social e emocional.
- d. Saúde espiritual e mental.

16. Qual seria um bom horário de treino inicial para o Luís, se o seu objetivo for melhorar a sua capacidade cardiovascular?

- a. Bicicleta ao fim de semana num máximo de 15 minutos por sessão.
- b. 3-4 dias de jogos de basquetebol, seguidos de 3-4 dias de descanso.
- c. Caminhada rápida ou corrida lenta num mínimo de 20 minutos diariamente.
- d. 30 a 60 minutos de musculação em dias alternados.

17. Se o Luís queria curar a sua própria lesão, onde poderia ele encontrar informação imparcial e rigorosa?

- a. Revistas de desporto e revistas masculinas vendidas nos quiosques com dicas.
- b. *Websites* de centros de investigação médica nacional e internacionalmente reconhecidos.
- c. Junto dos funcionários da loja de desporto onde vai frequentemente comprar material.
- d. Junto dos seus colegas de equipa.

18. Se o Luís começar a desenvolver sintomas de uma nova lesão do tendão, que deverá ele fazer?

- a. Ir ao seu médico imediatamente.
- b. Reduzir ou parar a sua atividade e esperar que se resolva por si só.
- c. Manter o seu treino e ir avaliando a progressão.
- d. Iniciar automedicação.

19. Se ele decidir procurar ajuda, onde deve ele ir para ter a melhor ajuda ao mínimo custo?

- a. Urgências do hospital público com especialidade de ortopedia.
- b. Médico ortopedista numa clínica privada
- c. Farmacêutico.
- d. Médico de clínica geral e familiar.

20. Uma vez que o Luís e o Nuno continuam o seu envolvimento com a atividade física, a variável mais importante que associa a atividade física à boa saúde é:

- a. Tipo de atividade física.
- b. Duração das sessões de exercício.
- c. Intensidade de esforço.
- d. Regularidade da atividade física.

Responda às questões de 21 a 25 de acordo com a situação seguinte e com o seu conhecimento sobre saúde.

**Situação:** A Carolina e a Dina são duas grandes amigas, que vivem no mesmo prédio e estão na mesma turma, desejando ambas seguir os estudos para a Universidade. Estudam por isso muitas vezes juntas, e desde o início do 12.º ano que aumentaram em média 5 Kg de peso cada uma. Elas culpam as ceias à noite compostas de refrigerantes, pizzas e batatas fritas. Estes comportamentos foram influenciados pela quantidade de trabalho (pela pressão gerada em entrar para os cursos que desejam) e o *stresse* resultante do diagnóstico da Diabetes à mãe da Carolina e o ataque cardíaco que o pai da Dina sofreu com 47 anos. Tendo em conta as histórias familiares, e os efeitos negativos do excesso de gordura corporal na sua saúde no futuro, sem mencionar o impacto no orçamento em roupas, elas estão determinadas em mudar os seus hábitos alimentares e perder peso.

21. Ao tentarem comer de acordo com as recomendações da roda alimentar, os pensamentos iniciais da Carolina e da Dina foram “É impossível comer tanto e não aumentar o peso!”. Esta perceção resulta de má compreensão do conceito de:

- a. Qualidade da comida.
- b. Quantidade da comida.
- c. Frescura da comida.
- d. Custo da comida.

22. Ao longo do tempo ambas experimentaram uma redução do seu peso como resultado de seguir um novo plano alimentar e de tomar a decisão de começar um programa de exercício no sentido de transformar a gordura em músculo. Em média perderam 0,5-1 Kg por semana. Este ritmo de perda é saudável?

- a. Não, só devemos perder no máximo 100 gr por semana de forma saudável.
- b. Sim, podemos perder até 3 kg por semana de forma saudável.
- c. Sim, não devemos perder peso mais rápido do que isso.
- d. Não, porque é demasiado lento.

23. Para continuar a perder peso com sucesso, estas duas jovens seriam aconselhadas a:

- a. Continuar o seu foco nutricional eliminando todas as gorduras da sua dieta.
- b. Equilibrar o seu crescente gasto de energia tomando suplementos vitamínicos e minerais.
- c. Escolher comida rica em nutrientes eliminando todos os produtos de origem animal da sua dieta.
- d. Focarem-se em moderar o consumo de açúcar e gorduras e aumentar a sua atividade.

24. Se a Carolina e a Dina não forem bem-sucedidas em perder gordura corporal e acabarem por ainda ganhar mais, que consequências a curto-prazo podem resultar para a sua saúde?

- a. Altos níveis de açúcar no sangue e baixa tensão arterial.
- b. Tensão arterial alta e colesterol.
- c. Baixos níveis de açúcar no sangue e de energia.
- d. Colesterol elevado e baixos níveis de fadiga.

25. Considerando a natureza das doenças dos pais, qual das seguintes **não** seria uma “estratégia de gestão de saúde” prudente para as duas jovens?

- a. Gestão do peso bem-sucedida e escolhas alimentares saudáveis.
- b. Fazerem exercício regularmente e não se preocuparem em verificar os níveis de açúcar e colesterol no sangue.
- c. Discutir com o médico de família sobre o potencial risco de *Diabetes* e ataque cardíaco.
- d. Análises ao sangue regulares (pelo menos uma vez por ano) para verificarem os níveis de colesterol e de açúcar.



Responda às questões de 26 a 30 de acordo com a situação seguinte e com o seu conhecimento sobre saúde.

**Situação:** O Miguel é finalista do ensino secundário. Nos últimos 5 meses, o Miguel tem passado a maioria dos fins-de-semana, que começam à sexta-feira à noite, a jogar poker. Os jogos duram toda a noite e ele normalmente bebe 8 a 10 cervejas e fuma muito enquanto joga. Ele às vezes usa *speeds* para se manter acordado durante a noite de jogo, e depois toma comprimidos para dormir durante o dia e ficar pronto para a próxima noite de jogo. Os seus amigos receiam que ele esteja viciado em drogas e álcool e, não consiga controlar o seu vício do jogo de apostas. Já o Miguel afirma que não tem quaisquer problemas. Ele admite que esconde o seu vício pelo jogo dos seus pais que lhe dão a sua mesada. Ele não esconde este vício de outras pessoas e não aposta mais do que pode pagar. O Miguel gaba-se ainda que consegue beber mais cerveja agora do que o ano passado, sem ficar com ressaca no dia seguinte. Ele descarta os riscos associados à mistura de álcool com outras drogas afirmando que só pessoas que não sabem o que estão a fazer têm problemas. Ultimamente, ele tem tido uma crescente dificuldade em ir às aulas da segunda de manhã e as suas notas desceram significativamente.

26. Consideraria o Miguel “binge drinker” (beber muito num curto espaço de tempo para ficar bêbado ou sentir os efeitos do álcool)?

- a. Sim.
- b. Não.
- c. Depende do tipo de bebidas que ele bebe.
- d. Depende da sua capacidade de evitar a ressaca.

27. Se o uso de álcool pelo Miguel continuar, quais são as possíveis consequências a curto-prazo?

- a. Danos no fígado.
- b. Problemas académicos.
- c. Perda de memória contínua.
- d. Crescentes dívidas de jogo.

28. O uso contínuo de speeds (anfetaminas) pode conduzir a longo prazo, a todos os efeitos listados de seguida, **exceto**:

- a. Alucinações.
- b. Insónia e cansaço.
- c. Convulsões e perturbações do ritmo cardíaco.
- d. Aumento de peso e de apetite.

29. O que consideras que está a impedir o Miguel de procurar ajuda de um profissional de saúde?

- a. Piores notas na escola.
- b. Esconder o vício do jogo dos seus pais.
- c. Ele achar que não tem qualquer problema.
- d. Uso de álcool e outras drogas em simultâneo.

30. Se o Miguel quisesse falar com alguém sobre o seu crescente uso de substâncias, todos os seguintes recursos comunitários poderiam ajudar, **exceto**:

- a. O médico ou enfermeiro de família.
- b. Alcoólicos anónimos ou grupos semelhantes.
- c. Igrejas, sinagogas ou mesquitas.
- d. Professores e pais.

Responde às questões 31 a 34 de acordo com a situação seguinte e com o seu conhecimento sobre saúde.

**Situação:** “Que noite!” pensou a Dalila enquanto descia a rua escura. Finalmente saiu com o Rui, e foi um desastre. Divertiram-se no cinema, mas quando foram buscar uma *pizza*, tudo se desmoronou. Como é que ela iria saber que o seu antigo namorado estaria no mesmo restaurante? Ele aproximou-se e começou a mandar bocas, disse algumas coisas sobre a sua reputação e começou a tocar-lhe, forçando o conflito. O Rui aguentou-se o melhor que conseguiu, mas acabou por lhe bater, e agrediram-se com alguma força. Até se juntaram alguns amigos. Que confusão! Ambos ficaram com nódoas negras e foram presos e ela viu-se a ir sozinha para casa bem tarde.

31. Quando inicialmente confrontados no restaurante, o que poderiam a Dalila e o Rui fazer para reduzir a possibilidade de conflito?

- a. Gozar com o ex-namorado.
- b. Ignorar os comentários.
- c. Insistir para ele abandonar a mesa e o restaurante.
- d. Responder de forma agressiva para o fazer recuar.

32. Quando a situação ficou mais tensa, o que poderiam a Dalila e o Rui ter feito para reduzir a possibilidade de conflito?

- a. Chamar o gerente ou o empregado responsável.
- b. Falar alto para chamar a atenção para o que estava a acontecer.
- c. Não responder aos comentários e ações do namorado.
- d. Pedir para chamarem a polícia.

33. Quando a Dalila caminhava sozinha para casa, qual seria a sugestão mais prática para reduzir o risco de ser vítima de violência?

- a. Falar alto sozinha.
- b. Seguir o caminho mais curto para casa, mesmo que escuro.
- c. Afastar-se dos edifícios nos passeios e caminhar em ruas bem iluminadas.
- d. Juntar-se a alguém na rua.

34. Qual poderá ter sido a causa por detrás deste incidente?

- a. Ciúme do antigo namorado.
- b. Fraca comunicação entre a Dalila e o Rui.
- c. Fraca autoestima da Dalila.
- d. Desejo do Rui de se exibir.

Responde às questões 35 a 38 de acordo com a situação seguinte e com o seu conhecimento sobre saúde.

**Situação:** Foi diagnosticado cancro à Sofia, uma jovem a frequentar o ensino secundário.

O médico diz-lhe que há boas hipóteses de ficar curada, mas tem que se submeter a tratamentos de quimio e radioterapia. Apesar dos familiares e amigos a estarem a apoiar, ela sente-se arrasada com as decisões que ela tem de tomar relativamente aos seus tratamentos. A Sofia costumava rir e sorrir e partilhar o seu bom sentido de humor. Agora, raramente ri ou sorri, queixa-se que não consegue dormir e diz que não consegue pensar com clareza. Os seus pensamentos estão cada vez mais desorganizados.

35. As mudanças no humor e pensamento da Sofia resultam do(a):

- a. Constante resposta do seu corpo a níveis elevados de stresse e ansiedade.
- b. Efeito do cancro no seu sistema nervoso.
- c. Pressão da família relativamente ao tratamento
- d. Atuais níveis de medicação.

36. O que poderia a Sofia fazer numa primeira tentativa de aliviar alguns dos efeitos do stresse que ela está a sofrer?

- a. Partilhar os seus medos e pensamentos com um amigo especial.
- b. Ir a um psiquiatra.
- c. Dar ao seu médico autorização ilimitada para tomar as decisões relativas ao seu tratamento.
- d. Pedir ao seu médico para lhe prescrever medicação para a ansiedade.

37. Se os seus primeiros esforços para gerir o *stress* não forem bem-sucedidos, todas as abordagens ajudariam, **exceto**?

- a. Relaxamento progressivo.
- b. Uso de comprimidos para dormir de venda livre.
- c. Yoga ou tai-chi.
- d. Exercícios de respiração.

38. Se a Sofia não conseguir lidar com o stresse que esta situação produz, qual poderia ser a mais problemática das possíveis consequências para a saúde?

- a. Uma grande redução da sua resposta imunitária.
- b. Perda de amigos.
- c. Dificuldades na escola.
- d. Perda de peso.

Responda às questões 39 a 44 de acordo com a situação seguinte e com o seu conhecimento sobre saúde.

**Situação:** O pai do António tem 56 anos e considera que tem boa saúde, mas tem uma história familiar de doenças do coração, enfartes e *Diabetes*. Recentemente fez um exame de rotina e disseram-lhe que a sua tensão arterial era 152/95 mm Hg (15,2-9,5), o seu colesterol estava dentro dos valores normais e os seus níveis de açúcar (glicose) no sangue eram de 105 mg/dl. Foi ainda informado que a sua tensão arterial estava elevada (Valor de tensão arterial no adulto deve ser inferior a 140/90 mm Hg (14,0-9,0)) e que a sua massa corporal, cerca de 83 kg fazia com que tivesse 1,5 kg a mais.

39. O médico que fez o exame expressou alguma preocupação pelos resultados. Qual o resultado que foi a fonte da sua preocupação?

- a. Níveis do colesterol.
- b. Tensão arterial.
- c. Peso.
- d. Idade.

40. Qual a natureza da preocupação do médico?

- a. Risco de problemas dos ossos e articulações.
- b. Risco de obesidade.
- c. Risco de *Diabetes*.
- d. Risco de doenças cardiovasculares.

41. O médico sugeriu que o pai do António faça todas as alterações no seu estilo de vida, **exceto**:

- a. Aumentar o consumo de fibras solúveis.
- b. Manter o atual consumo de açúcar.
- c. Aumentar a atividade física.
- d. Reduzir o consumo de gorduras saturadas.

42. A mãe do António decidiu alterar algumas ementas do jantar familiar para tentar comer de forma mais saudável. Onde poderia ela ir buscar a melhor informação nutricional para uma dieta para um coração saudável?

- a. Delegações regionais da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC).
- b. Com as amigas com as quais partilha receitas.
- c. Consultório do médico de família.
- d. Na fila de pagamento de qualquer mercearia.

43. A maioria dos adultos na cidade do António têm ascendência alemã, italiana ou latina, parecem ter excesso de peso e muitos morrem de ataque cardíaco. Quando ele janta em casa da sua namorada ou de amigos, todos o encorajam a comer grandes quantidades de comida, frequentemente à base de massa e pão. Parece que sempre foi assim. Este estilo de alimentação pode ser:

- a. Um fator ambiental para problemas de saúde.
- b. Uma razão cultural para excesso de peso.
- c. A principal causa dos ataques cardíacos na sua cidade.
- d. Baseada na necessidade de muitas calorias.

44. A noite passada, depois do jantar, o pai do António queixou-se de sentir a cabeça zozna, leve e curta dor no pescoço e braço esquerdo e de suar bastante. Ele devia ter:

- a. Ignorado isso, pois foi apenas uma indigestão.
- b. Ido ao hospital imediatamente.
- c. Esperado algumas horas para ver se o desconforto passava.
- d. Tomado um comprimido para reduzir os gases estomacais e azia.

Responde às questões 45 a 50 de acordo com a situação seguinte e com o seu conhecimento sobre saúde.

**Situação:** Naturalmente loura e de pele clara, a Elisabete já teve muitos escaldões solares quando se tentava bronzear. Não querendo ficar de fora dos programas sociais com os seus amigos, ela frequentemente juntava-se a eles na praia. Mas independentemente de quanto o tentava evitar, a Elisabete acabava sempre por apanhar sol a mais. Este último verão foi particularmente mau, pois até mesmo com um protetor de fator de proteção solar (FPS) 50+, ela desenvolveu uma queimadura nas costas. Isso acabou com a praia e, até melhorar, ela sentiu-se excluída do seu grupo de amigos.

45. A repetida exposição ao sol sem proteção (protetor solar e óculos de sol) aumenta significativamente o risco de todos os seguintes problemas, **exceto**:

- a. Problemas de visão.
- b. Envelhecimento prematuro da pele.
- c. Cancro da pele
- d. Queda de cabelo prematura.

46. Escaldões solares repetidos são mais problemáticos do que uma única exposição excessiva porque:

- a. A radiação ultravioleta nunca desaparece.
- b. Os efeitos provocados pela exposição solar são cumulativos.
- c. A pele fica cicatrizada com sucessivos escaldões.
- d. O protetor solar intensifica a radiação ultravioleta.

47. Muitas das opiniões dos amigos da Elisabete sobre o bronzeados são baseadas nas suas imagens de boa saúde apresentadas por indivíduos nos filmes e revistas. Isto sugere que:

- a. Os media são uma boa fonte de informação sobre aparência / imagem corporal.
- b. Se é promovido pela imprensa ou nos ecrãs, deve estar bem.
- c. A aparência bronzeada dos modelos da moda irá tornar-te popular, se a copiares.
- d. Os media podem influenciar as decisões sobre práticas de saúde.

48. Qual das seguintes estratégias poderá ser melhor se a Elisabete quiser reduzir o potencial de cancro da pele enquanto mantém as suas idas à praia com os seus amigos?

- a. Juntar-se aos seus amigos só antes das 10 da manhã e depois das 4 da tarde.
- b. Usar um chapéu de abas largas e usar um protetor solar de fator no mínimo 15.
- c. Insistir para que os seus amigos apenas frequentem praias com alguma sombra.
- d. Ser responsável por planear todas as saídas para poder controlar a localização.

49. Por causa das suas repetidas queimaduras solares, a Elisabete dedica algum tempo a periodicamente examinar a sua pele. Ela presta especial atenção aos seus sinais. Quais são algumas das mudanças nos seus sinais na pele que indicam que uma visita ao médico é necessária?

- a. Limite irregular, diminuição de tamanho e variação da cor.
- b. Aumento do tamanho, variação de cor e aparência irregular.
- c. Cor sem alterações, diminuição de tamanho e limite irregular.
- d. Diminuição do tamanho, limite irregular e rapidez de cura.

50. Os pais da Elisabete têm um seguro de saúde e ela está coberta pelos benefícios médicos. Se ela quiser ir ao médico por causa da mudança de um sinal, a quem é que precisaria de telefonar para uma consulta inicial?

- a. Um dermatologista.
- b. Um especialista em oncologia.
- c. O seu médico de família.
- d. As urgências do hospital local.



Responda às questões 51 a 52 de acordo com a situação seguinte e com o seu conhecimento sobre saúde.

**Situação:** A Júlia ajuda numa comunidade local de reformados, trabalho voluntário que realiza 3 vezes por semana. Ela ajuda numa série de atividades, por exemplo: a fazer embrulhos de presentes de aniversário, decorações festivas, elaboração de cartas, mas o que ela faz mais frequentemente é ajudar os idosos nas idas às compras. Isto não só lhe dá oportunidade de conhecer um grande número de idosos, mas também lhe dá a oportunidade de, como resultado de reuniões com o dietista do departamento de serviço alimentar, expandir o seu conhecimento acerca de escolhas nutricionais e produtos saudáveis. Hesitante no início, a Júlia até há pouco tempo, sentia-se confortável a ajudar os idosos a “esticar os seus euros” sem comprometerem a qualidade das suas refeições. Ultimamente, no entanto, ela sente-se dividida entre as instruções do dietista para encorajar compras de comida com baixo teor de sal e os desejos de alguns idosos de comerem o que lhes apetece.

51. Como pode a Júlia resolver este dilema?

- a. Por causa da idade dos residentes, deixá-los comer o que eles quiserem.
- b. Insistir em seguir as instruções do dietista, mesmo que isso arrelie os idosos.
- c. Tentar encorajar sem insistir, e sugerir aos residentes que experimentem produtos com pouco sal
- d. Tentar satisfazer os dois interesses sem deixar que o outro lado saiba o que está a acontecer.

52. As tentativas da Júlia para encorajar as escolhas de comida com pouco sal podiam incluir tudo o que se segue, **exceto**:

- a. Falar sobre o entusiasmo de explorar novas comidas.
- b. Partilhar informações dos rótulos sobre o conteúdo de sódio em vários produtos alimentares.
- c. Tentar identificar comidas com menos sal na história alimentar dos idosos.
- d. Selecionar os produtos sem consultar os idosos.

*Obrigada!*



## **ANEXO II**

### **Instrumentos originais**



## Adolescent Health Promoting Scale

Directions: This questionnaire contains statements regarding your present way of life or personal habits. Please respond to each item as accurately as possible, and try not to skip any item.

Please fill in the available blank that you did during this year.

10%    30%    50%    70%    90%  
Never   Sometimes   Half   Often   Always

1. I eat three meals daily.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I choose foods without too much oil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Include dietary fiber (e.g. fruits or vegetables).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Drink at least 1500 cc of water daily (or 6-8 cups).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Each meal includes five food groups. (e.g. Bread, meat, milk, fruit, vegetable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eat breakfast daily.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I speak up & share my feelings with others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I care about other people.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I talk about my concerns with others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Make an effort to smile or laugh every day.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Enjoy keeping in touch with relatives.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Make an effort to have good friendships.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Talk about my troubles to others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Read food labels when I shop.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. I watch my weight.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Discuss my health concerns with a doctor or nurse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Observe my body at least monthly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Brush my teeth and use dental floss after meals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10% 30% 50% 70% 90%  
Never Sometimes Half Often Always

19. Wash hands before meals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Read health information.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Make an effort to choose foods without preservatives (e.g., an additives on food).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Make an effort to like myself.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Make an effort to feel happy and content.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. I usually think positively.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Make an effort to understand my strengths, weaknesses and accept them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Make an attempt to correct my defects.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Make an effort to know what's important for me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Make an effort to feel interesting and challenged every day.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Make an effort to believe that my life has purpose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Perform stretching exercise daily.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Exercise rigorously 30 minutes at least 3 times per week	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Participate in physical fitness class at school weekly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Warm up before rigorous exercise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Make an effort to stand or sit up straight.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Make an effort to spend time daily for relaxation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Make an effort to determine the source of my stress.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Make an effort to watch my mood changes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sleep for 6-8 hours each night.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Make schedules and set priorities.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. I try not to lose control when things happen that are unfair.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scoring Instructions: Items are scored as

1. Never: 0-10% \*1
2. Sometimes: 11-30% \*2
3. Half : 31-60% \*3
4. Often: 61-80% \*4
5. Always: 81-100% \*5

Adolescent Health Promoting Scale	1 to 40
Nutrition	1 to 6
Social Support	7 to 13
Health responsibility	14 to 21
Life appreciation	22 to 29
Exercise	30 to 34
Stress management	35 to 40





## Appendix 1: eHealth Literacy Scale

I would like to ask you for your opinion and about your experience using the Internet for health information. For each statement, tell me which response best reflects your opinion and experience *right now*.

1. How **useful** do you feel the Internet is in helping you in making decisions about your health?

o1	o2	o3	o4	o5
Not useful at all	Not useful	Unsure	Useful	Very Useful

2. How **important** is it for you to be able to access health resources on the Internet?

o1	o2	o3	o4	o5
Not important at all	Not important	Unsure	Important	Very important

3. I know **what** health resources are available on the Internet

- 1) ☐ Strongly Disagree
- 2) ☐ Disagree
- 3) ☐ Undecided
- 4) ☐ Agree
- 5) ☐ Strongly Agree

4. I know **where** to find helpful health resources on the Internet

- 1) ☐ Strongly Disagree
- 2) ☐ Disagree
- 3) ☐ Undecided
- 4) ☐ Agree
- 5) ☐ Strongly Agree

5. I know **how** to find helpful health resources on the Internet

- 1) ☐ Strongly Disagree
- 2) ☐ Disagree
- 3) ☐ Undecided
- 4) ☐ Agree
- 5) ☐ Strongly Agree

6. I know **how to use** the Internet to answer my questions about health

- 1) ☐ Strongly Disagree

- 2) ☐ Disagree
- 3) ☐ Undecided
- 4) ☐ Agree
- 5) ☐ Strongly Agree

7. I know how to use **the health information** I find on the Internet to help me

- 1) ☐ Strongly Disagree
- 2) ☐ Disagree
- 3) ☐ Undecided
- 4) ☐ Agree
- 5) ☐ Strongly Agree

8. I have the skills I need to **evaluate** the health resources I find on the Internet

- 1) ☐ Strongly Disagree
- 2) ☐ Disagree
- 3) ☐ Undecided
- 4) ☐ Agree
- 5) ☐ Strongly Agree

9. I can tell **high quality** health resources from **low quality** health resources on the Internet

- 1) ☐ Strongly Disagree
- 2) ☐ Disagree
- 3) ☐ Undecided
- 4) ☐ Agree
- 5) ☐ Strongly Agree

10. I feel **confident** in using information from the Internet to make health decisions

- 1) ☐ Strongly Disagree
- 2) ☐ Disagree
- 3) ☐ Undecided
- 4) ☐ Agree
- 5) ☐ Strongly Agree

***Thank you!***

*\* Note: Questions #1 and #2 are recommended as supplementary items for use with the eHEALS to understand consumer's interest in using eHealth in general. These items are not a formal part of the eHealth Literacy scale, which comprises questions #3-10.*

National Health Education Standards  
Developing an “Exit Competencies” Assessment Instrument

J. F. Garman, Ph.D.  
D. M. Hayduk, M.S.  
N. L. Posey, M. S.  
C. J. Teske, Ed.D.  
D. A. Crider, Ph.D.

Departments of Health, Physical Education and Dance and Counseling and Human Services  
Kutztown University of Pennsylvania  
Kutztown, Pennsylvania 19530  
Phone: (610) 683-4373  
Fax: (610) 683-1318  
e-mail: [garman@kutztown.edu](mailto:garman@kutztown.edu)

Member Institution  
Commonwealth of Pennsylvania State System of Higher Education

**Abstract:** **Purpose:** To develop an evaluation instrument that assessed health literacy competencies, specific to the national health education standards, that would provide less variability in response interpretation and greater speed of scoring than available in existing instruments. **Methodology:** Content was developed by professional practitioners with specific topical expertise and/or modified from existing instructional materials, compiled, and evaluated, via blind review, for alignment with the broad national standards and their specific performance indicators. **Results:** The resulting health literacy “exit” competency assessment inventory comprised a 60 item questionnaire that addressed 11 topical areas that focused on documentable adolescent and young adult health needs. **Conclusions:** Internal blind reviews indicated that all performance areas of the Joint Commission Report were addressed with the instrument’s primary, though non-exclusive, assessment focus on lower taxonomic objectives. **Recommendations:** Though preliminary work suggests the inventory may be an effective assessment tool, a comprehensive statistical analysis of the validity and reliability of this instrument needs to be undertaken to define its merit. (**Additional data:** 3 tables, 24 references)

**Key Words:** health literacy, national standards, evaluation

**Introduction:** Lifestyle related morbidity and mortality, chronology of disease etiology, and escalating health care costs support the continuing need for comprehensive school-based health education (Finn, 2000; Sweeney and Rose, 1998; American Public Health Association, 1995; Summerfield, 1995; Kolbe, 1993; Healthy People 2000, 1992). A framework for addressing these needs has been provided by the Joint Commission Report on Health Education Standards (American Association for Health Education, 1995) which suggests both broad standards and individual performance indicators for enhancing and refining health education curricular content and improving student health literacy. While this framework retains a strong cognitive component, it also acknowledges the desirability of developing and refining attributes such as critical thinking, creative problem-solving, and effective communication skills essential to the acquisition, interpretation and application of health information and services (American Association for Health Education, 1995). Numerous state educational agencies have utilized these national standards as a foundation for curricular development (Missouri State Department of Elementary and Secondary Education, 2002; Pennsylvania Department of Education, 2001; Rhode Island State Department of Education, 1999), and assess student performance outcomes via standardized instruments whose item inventory frequently includes a combination of selected response (multiple choice), constructed response (fill in the blank) and/or performance (short essay) inquiries (Missouri State Department of Elementary and Secondary Education, 2002; Rhode Island State Department of Education, 1999). While consistency and uniformity of student response assessment are addressed via utilization of grading rubrics (Missouri State Department of Elementary and Secondary Education, 2002; Rhode Island State Department of Education, 1999), evaluation of constructed and performance answers is labor intensive and potentially affected by variations in response interpretation. This initiative attempted to develop an evaluation instrument that assessed health literacy competencies, as defined by the Joint Commission Report on Health Education Standards, that would reflect performance expectations and capabilities upon exiting the secondary experience, and could be more objectively and rapidly scored.

**Methodology:** The developmental process for this health literacy assessment instrument began with the solicitation of input from practicing, secondary and tertiary level health and physical education professionals. Acquired from locally constituted focus groups and regional practitioner, oral surveys, responses identified several desirable evaluation instrument elements. These included in random order:

1. Content should focus on documentable and prevalent health needs;
2. Content should address both the broad national standards and specific performance indicators identified by the Joint Commission Report on Health Education Standards (American Association for Health Education, 1995);
3. Format should address critical analysis and application capabilities as well as content knowledge;
4. Time frame for completion of instrument should be no more than 60 minutes; and
5. Instrument should be machine scoreable.

With these broad suggestions serving as foundational guidelines, the process of instrument development began with the identification of content areas within the broad recommendations of the Joint Commission Report (American Association for Health Education, 1995) and specific health needs identified via morbidity and mortality data. These latter data support the contention that most significant health problems in the United States are caused by behaviors such as physical inactivity, smoking, alcohol and other drug use, high risk sexual practices, poor nutrition, and behavior that lead to injuries (Summerfield, 1995). Consequently they should be and are frequently the primary focus of instructional initiatives (American School Health Association, 1994). Acknowledging these content priorities, this instrument focused on these general topical areas as the nucleus of health literacy exit competencies. Selection of the selected response (multiple choice) format may seem counter to the growing popularity of performance-based evaluation tools but the desire for large volume, machine scoring capabilities that minimize interpretation variability dictated the exclusive use of the selected response (multiple choice) style (Haladyna, 1994). However, selected response items, in this instrument, were based on scenarios that required, not only the demonstration of content knowledge, but also the ability to think critically and apply foundational health information to a unique situation. This latter component is based on established learning methodologies designed to develop higher order learning skills such as critical thinking, creative problem-solving, technology literacy, and quantitative analysis requisite in the application of knowledge (Garman, 1999; Brandon and Majumdar, 1997; Farmer, 1994, 1988). Additionally, the use of topic specific situations is becoming increasingly a part of health knowledge assessment (Missouri State Department of Elementary and Secondary Education, 2002; Insel, Roth, Rollins, and Petersen, 2000; Rhode Island State Department of Education, 1999) confirming the importance of critical thinking, problem-solving and other knowledge application skills (Farmer, 1994, 1988; Ritcliff, 1994). Individual questions, in this instrument, were developed by professional practitioners with specific topical expertise and/or modified from existing instructional materials (Garman, Hayduk, Posey, Teske and Crider, 2002; Insel, Roth, Rollins, and Petersen, 2000), compiled, and evaluated for alignment with the broad national standards and their specific performance indicators. The alignment process involved multiple, blind reviews of material with items being retained for inclusion in the instrument if the majority of reviewers felt a question was topically relevant and addressed a specific performance indicator.

**Results and Discussion:** The resulting health literacy “exit” competency assessment inventory comprised a 60 item questionnaire that addressed 11 topical areas (Table 1). These broad content areas included substance use, physical fitness, nutrition and weight management, stress management, sexual/reproductive health, cardiovascular and cancer disease prevention, personal safety, consumer issues and health advocacy. While there are numerous other content areas that

could be included in health education curricula, the aforementioned appear to be consistently promoted and/or addressed in existing assessment instruments (Missouri State Department of Elementary and Secondary Education, 2002; Hayduk and Garman, 2002; Summerfield, 1995; American School Health Association, 1994) and focused on documentable health needs (Summerfield, 1995). Accordingly they became the primary content focus of the evaluation instrument. Equally important as content was the comprehensiveness with which inventory items addressed both the broad standards and specific performance indicators identified in the National Health Education Standards (American Association for Health Education, 1995). Data (Table 2 and 3) indicate all standards and subsumed performance indicators are addressed by the instrument with “knowledge” and “strategy implementation” arenas receiving the most frequent question focus. The assessment’s emphasis on knowledge, and basic application arises from the practical need to address under prepared or erroneously informed students (Garman, 1993) and theoretical needs acknowledging the necessity for both a broad and accurate cognitive base upon which more complex taxonomic skills can be developed (Kreitzer and Madaus, 1994; Krathwohl, Bloom, and Masia, 1956).

A statistical analysis of the validity and reliability of this instrument is in the process of being completed and is an acknowledged shortcoming of this developmental effort. However, by presenting this material, the authors hope to encourage others to evaluate its merit. If those professional efforts validate this work, perhaps this material will lend itself to arenas where assessment, specific to the needs and processes defined in the Joint Commission Report on Health Education, is desirable, where participant volume is high, multiple evaluators are required for scoring and “turn-around” time is truncated.

**Conclusion:** This investigation attempted to develop a health literacy assessment instrument specific to the national health education standards and subsumed performance indicators identified in the Joint Commission Report on Health Education Standards. This effort resulted in a currently unvalidated instrument which could be more objectively and rapidly scored than existing “standardized” materials. Internal blind reviews indicated that all performance areas of the Joint Commission Report were addressed with the instrument’s primary, though non-exclusive, assessment focus on lower taxonomic objectives.

Table 1

---

NATIONAL HEALTH EDUCATION STANDARDS  
ASSESSMENT INSTRUMENT<sup>1</sup>

---

**SELECT THE BEST ANSWER**

**Answer questions 1 - 6 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Maria has become very busy since she graduated from high school and started college. She is a full-time student at a large northeastern university, earns above average grades, and is very active in campus clubs and organizations. Her classes and campus activities leave her little time to socialize with her friends. While she managed to balance academics with social interests in high school, she is beginning to feel out of control. She feels as if is letting her friends down because she has had to cancel several activities that they had planned, and she feels guilty because she isn't able to meet all her other obligations. Since the beginning of the semester, she has gained twelve pounds, and, to her dismay, has started to smoke again after two years without cigarettes. Returning to that habit especially after struggling so hard to previously stop really has her upset. She blames it on the influence of her roommate, a smoker, whose parents own a large, successful southern tobacco farm and who is very vocal about "freedom of choice" and "smokers only hurting themselves." Maria has always thought that she was in control of her life and has managed well up until now. She really wants to spend more time with her friends without giving up her other activities and get back to her "old self."

1. If Maria succeeds in improving her areas of concern, she will most likely see a corresponding improvement in her \_\_\_\_\_ health.
  - a. spiritual and intellectual
  - b. social and emotional
  - c. emotional and physical
  - d. intellectual and physical
2. Maria's first step in changing her behaviors that prevent her from spending time with her friends should be to:
  - a. review her daily and weekly schedules
  - b. consider the other changes she should make in her life
  - c. develop two or three possible strategies for change
  - d. figure out how to reward herself
3. What are some of the potential short-term "health" implications of Maria's situation?
  - a. increasing weight, no change in "guilt" feelings and normalized stress
  - b. declining fitness capacity, increasing stress levels and decreasing classroom performance
  - c. increasing feelings of "guilt," increasing social isolation, and stabilized substance use
  - d. increasing substance use, academic performance problems and decreasing stress
4. If Maria wanted to explore her roommate's argument about "smokers only hurting themselves," where might she look for accurate, unbiased information?
  - a. industry "trade" journals available in and through college libraries and internet sites addressing substance use and dependence
  - b. professional journals with national reputations and websites from research institutions in tobacco producing states
  - c. websites such as those from the Centers for Disease Control and the National Institute for Health and "ethics" articles that present both sides of the debate
  - d. popular magazines that report on the dangers of "second hand" smoke and provide "tips" for stopping

5. What elements of Maria's past suggest she may be capable of behavioral change?
- a. prior success and recognition of potential health impact of current situation
  - b. minimal, negative current issues but a desire for change in present situation.
  - c. gender, youth and desire for change.
  - d. can't determine from available information
6. If Maria chooses to try to get back to her "old self," how might she get support from her roommate?
- a. explain her desire to adjust her unhealthy behaviors and insist her roommate stop smoking
  - b. continually provide her roommate with web site addresses and magazine articles that prove that weight gain and smoking is harmful
  - c. share her interest in changing behaviors and ask her roommate how she might help make it easier
  - d. reduce the amount of time spent with her roommate and seek friends who practice the habits Maria is trying to reinforce

**Answer questions 7 - 10 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Abbey and Joe are almost twenty and have been engaged for two years. Both live in their own apartments and on tight budgets. They have abstained from sexual intercourse, choosing to wait until they are married. Both want to have children, but they agree that they will wait for 2 or 3 years. A recent discussion focused on the type of contraception that will be best for them. Abby has an allergy to latex, a history of urinary tract infections, and menstrual irregularities. They are also concerned with potential budget issues as they move from being single to newly weds.

7. What considerations should the two discuss prior to making a decision on contraception?
- a. effectiveness, cost, safety, and impact on frequency of sexual activity
  - b. side effects, effectiveness, ease of use and peer choices
  - c. reversibility, cost, health risk, and convenience
  - d. partner's preference, reliability, accessibility, and safety
8. What community resources are available to assist Abbey and Joe in their contraceptive selection decision?
- a. family physician, internet access at a community library, and family planning agencies
  - b. neighborhood drug store and churches and synagogues
  - c. pharmacists, personal physicians and friends
  - d. high school teachers and coaches
9. If Abbey obtains information from the "web," she might evaluate its quality by assessing the nature of the material to determine if the writing is "informational" or "advertisement." Which of the following should not be considered when evaluating the value of "web" information?
- a. "popularity" of people giving testimonials about the product
  - b. "identity and reputation" of the provider
  - c. determine whether the "owner" of the web site will make money by promoting the information
  - d. scientific accuracy of the information
10. Under the current circumstances, which contraceptive method is best for Abbey and Joe to use?
- a. Depo-Provera
  - b. male condom
  - c. diaphragm
  - d. Norplant

**Answer questions 11 -16 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Molly is 18 years old, a cigarette smoker, sexually active and has had more than one sexual partner. She protects herself from pregnancy by taking the pill and from sexually transmitted diseases (STDs) by requiring that her partner wear a condom unless the sexual activity is limited to oral sex. Molly has never had any signs or symptoms of an STD. She has been with her current partner for almost a year, and lately he has been pressuring her to have



intercourse without a condom saying that it will “make them closer and take their relationship to a new level.” She has been resisting which only makes him mad.

11. Which one of the following statements, about Molly’s risk for STD infection, is true?
  - a. Molly is at high risk for infection of genital warts and pelvic inflammatory disease.
  - b. Molly is at high risk for HIV and hepatitis B infection.
  - c. Molly is at high risk for infection from genital herpes and toxic shock syndrome.
  - d. Molly is at high risk for chlamydia infection and hepatitis A.
12. What action can Molly take to further reduce her risk of STD infections?
  - a. use generous amounts of spermicidal creams or jellies in addition to condoms
  - b. in addition to condoms, use a diaphragm with a spermicide
  - c. wash thoroughly after intercourse
  - d. have regular, periodic screenings
13. If Molly were to acquire an STD infection,
  - a. she would know immediately because of the symptoms.
  - b. she would need to tell only her last sex partner about the infection.
  - c. a course of antibiotics would cover any STD she would be most likely to contract.
  - d. she should avoid all sexual activity until treatment is complete.
14. As Molly made decisions about the type of “protection” she would use, she needed to consider the “reputation” and quality of the information source, safety and STD protection capabilities, and which of the following?
  - a. how many of her friends use a similar product
  - b. product durability
  - c. what her partner likes
  - d. cost and ease of use of the product
15. How should Molly deal with her partner’s recent pressure?
  - a. ignore it, and if he persists break up with him
  - b. talk to him about her concerns and try to find “common ground”
  - c. discuss other ways to address his “demands”
  - d. give in to avoid his anger
16. Molly is using the pill as a method of controlling her fertility. What symptoms might indicate that she is “at risk” with continued use?
  - a. nausea, falling blood pressure, and weight gain
  - b. headaches, dizziness, and leg pain
  - c. vision problems, elevated blood pressure, and weight loss
  - d. abdominal pain, weight gain, and hearing loss

**Answer questions 17 - 23 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Luis, a freshman at Knighton College, is majoring in criminal justice hoping for a career in law enforcement. In high school, both he and his teammate, Nevin, played defensive tackle on their team successfully enough to receive athletic scholarships from the college. However, a recurring ankle tendon injury forced Luis to give up football. That was a difficult decision, and prior to making it, he tried everything to continue playing: visits to the trainer and team physician and long, hard rehabilitation. When that proved unsuccessful, he even started “doctoring” himself. All to no avail. Now, after three months of minimal activity, he finally feels healed, but knows he’s turned into a “couch potato.” Though he recognizes his playing days are over, he wants to get back into shape.

17. What would be a good beginning workout schedule for Luis to follow if his goal was to improve his cardiovascular endurance?

- a. bicycle 2 times per week for a maximum duration of 15 minutes per session
- b. 3 - 4 days of full court basketball, followed by 3 - 4 days of rest
- c. brisk walking or slow jogging for a minimum of 20 minutes every other day
- d. 30 to 60 minutes of weight training every day

18. As a result of his injury, Luis found that he was eating more “junk” food, having difficulty concentrating on school work, and arguing more with his girlfriend. This suggests a linkage between:

- a. physical and environmental health
- b. mental and physical health
- c. social, emotional and physical health
- d. spiritual and mental health

19. As Luis attempted to treat his own injury, where could he look for accurate, unbiased information?

- a. strength and fitness magazines sold at the college bookstore
- b. web sites from nationally recognized medical centers
- c. anatomy and physiology textbooks from the library
- d. pamphlets picked up from the local drug store

20. If Luis begins to develop symptoms of another tendon injury, what would it be best for him to do?

- a. see his doctor immediately
- b. reduce or stop his activity to determine if the injury improves; if not, see a doctor
- c. rest, ice, and elevate his leg but keep on working out
- d. use “hot rub” to loosen up the tendon

21. If he decides to see a doctor again, where might he go to get the best help for the least cost?

- a. hospital emergency room
- b. bone and joint specialist
- c. physical therapist working in a hospital practice
- d. a “general practice” medical doctor

22. A death in Nevin’s family has made him think about some of his lifestyle choices, and he decides to improve his health. He is, however, pledging a fraternity and has very little free time. To get the greatest health benefits with the least time commitment, Nevin would be wise to concentrate on improving his:

- a. power and agility
- b. flexibility and balance
- c. muscular strength
- d. cardiovascular endurance

23. As Luis and Nevin continue their involvement with physical activity, the most important variable linking their activity to good health is:

- a. activity selection
- b. length of exercise sessions
- c. intensity of effort
- d. regularity of participation

**Answer questions 24 - 29 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Carol and Dina both gained the infamous “freshman fifteen” - a weight gain of about fifteen pounds since they started new jobs and attending classes at the local community college. They blame this on late night snacking on soda, pizza and potato chips. These behaviors were influenced by their workload and the stress resulting from Carol’s mother’s recent diagnosis of diabetes, and Dina’s dad suffering a heart attack at age 47. Experiencing first hand the potential negative effects of excessive body fat on their future health, not to mention its impact on their clothing budget,

they are determined to change their eating habits and loose weight. The following represents two sample menus from Carol's and Dina's new eating plan.

**A**

**B**

Breakfast:

1 bagel with cream cheese  
1 cup cappuccino

2 poached eggs  
2 pieces of white toast with margarine  
1 cup orange drink

Lunch:

1 grilled cheese sandwich  
1 tossed salad  
(iceberg lettuce, tomatoes, cucumbers)  
1 serving french fries  
1 glass iced tea

1 lean hamburger on roll  
(lite mayo, lettuce, tomato)  
2 mozzarella sticks  
1 cup lemonade

Dinner:

2 cups pasta  
(shrimp, garlic, margarine)  
2 slices garlic bread  
1 tossed salad  
(iceberg lettuce, tomatoes, cucumbers)  
1 can diet soda

2 skinless chicken breasts  
1 baked potato with sour cream  
1 cup applesauce  
1 can diet soda

Snacks:

1 cup pretzels  
1 can diet soda

12 Saltine crackers  
1 can diet soda

24. Which of these menus best matches the recommendations of the Food Guide Pyramid?

- a. sample menu A because it is low in fat and high in protein
- b. sample menu B because it is low in carbohydrates
- c. both because they each menu provides a variety of nutrient dense foods
- d. neither because both menus are high in fat and low in fiber

25. As Dina and Carol attempted to eat according to the recommendations of the food pyramid, their initial thoughts were, "There is no way I can eat that much and not gain weight!" This perception results from misunderstanding the concept of

- a. food quality
- b. food portion
- c. food selection
- d. food cost

26. Over time, both women experienced declining body weight as a result of following this new eating pattern and a decision to also begin an exercise program so they could "turn fat into muscle." They averaged a 1-2 pound drop in weight per week. Was this rate of loss healthy?

- a. yes
- b. no
- c. can't determine because we don't know how many calories they eat daily
- d. can't determine because we don't know what exercises they are doing

27. To be continually successful with weight loss, these two women would be well advised to:
- continue their nutritional focus by eliminate all fat from their diet
  - balance their increased energy usage by taking vitamin and mineral supplements
  - choose nutrient dense foods by eliminating all animal products from their diets
  - focus on moderating the fat and sugar content of their diet while increasing activity
28. If Carol and Dina are unsuccessful in losing body fat and end up gaining more, what short term health consequences could result?
- excessive fatigue and low blood pressure
  - elevated blood pressure and cholesterol
  - high blood sugar and energy levels
  - high cholesterol and low fatigue levels
29. Considering the nature of the parents' illness, which of the following would not be a prudent "health management strategy" for the two students?
- successful weight management and healthy food choices
  - exercise regularly and don't worry about getting cholesterol checked
  - discussion with family doctor about potential diabetes and heart attack risk
  - intermittent blood tests to check cholesterol and sugar levels

**Answer questions 30 - 36 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Mike is a senior in high school. The group he runs with has easy access to liquor and beer and, at most parties, its readily available. In fact, several teenage driving under the influence (DUI) accidents and traffic deaths have made it a major school and community concern. For the past 5 months, Mike has been spending most weekends, beginning Friday nights, playing poker. The games go on all night and he usually drinks 8 to 10 beers and smokes heavily while he plays. He sometimes uses "speed" to stay awake during the all-night poker games. He then pops other pills so that he can sleep during the day and be ready for the next night's game. Mike's friends are worried that he is hooked on drugs and alcohol and cannot control his gambling. Mike claims that he does not have any problems. He admits that he hides his gambling from his parents who supply his allowance. He does not hide his gambling from others and does not gamble more than he can afford to pay. Mike boasts he can drink more beer now than when he was a freshman without having a hangover the next day. He dismisses the risks associated with mixing alcohol with other drugs stating that only people who don't know what they are doing have problems. In fact, even though school and community education programs and zero tolerance law enforcement by the local police have reduced alcohol usage among teens in his community, Mike brags about his drinking and ability to avoid getting arrested. Lately, he has increasing trouble making his Monday morning classes and his grades have dropped this significantly.

30. Would you consider Mike a binge drinker?
- yes
  - no
  - depends on the speed with which he drinks
  - can't determine from available information
31. If Mike's alcohol usage continues, what are some potential short-term consequences?
- liver damage
  - academic and legal trouble
  - sustained memory loss
  - increasing gambling debt
32. Continued substance use potentially could yield all of the following long-term effects except?
- medical crisis resulting from drug interaction
  - alcohol dependency
  - fatigue
  - liver damage

33. Which of the following have not been influenced or resulted from public opinion about drug and alcohol usage in Mike's community?

- a. elimination of a school curriculum on drugs and alcohol
- b. alcohol related traffic accidents
- c. zero tolerance law enforcement for under age drinking
- d. deaths associated with alcohol consumption

34. Have public efforts and government regulations had an effect on the community's problem?

- a. yes
- b. no
- c. maybe
- d. can't determine from available information

35. Which of Mike's current habits provides the strongest suggestion that he needs professional help?

- a. falling grades
- b. hiding his gambling from his parents
- c. increasing alcohol tolerance
- d. use of both alcohol and other drugs

36. If Mike wanted to talk to someone about his growing substance use, all of the following community resources might provide help except?

- a. family physician and school counselors
- b. alcoholics anonymous or similar groups
- c. churches, synagogues or mosques
- d. friends engaging in similar behaviors

**Answer questions 37 - 40 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** "What a night!" thought Denise as she walked down the darkened street. She finally went out with Robbie, and it was a disaster. They had a great time at the movie, but when they went to get a pizza, it all fell apart. How was she to know that her old boyfriend would be at the same restaurant? He came over and started mouthing off – made some remarks about her "reputation" and started touching her - trying hard to pick a fight. Rob held off as best he could but finally nailed the guy. They went at it pretty good. Even had some friends join in. What a mess! Now both of them were bruised and arrested, and she was faced with walking home alone late at night.

37. When initially confronted in the restaurant, what could Denise or Robbie have done to reduce the potential for trouble?

- a. ignore the comments
- b. make fun of the boyfriend
- c. insist that he leave their table
- d. respond aggressively to make him "back off"

38. As things got more tense, what could Denise or Robbie have done to reduce the potential for trouble?

- a. ask for the manager
- b. speak loudly to draw attention to the situation
- c. be unresponsive to the boyfriend's comments and actions
- d. have someone call the police

39. As Denise walks home alone, what would be the most practical suggestion for reducing her risk for becoming a victim of violence?

- a. walk away from the buildings and on well lighted streets
- b. talk loudly to herself
- c. take the shortest route home
- d. join up with someone else on the street

40. What might be the underlying cause of this incident?

- a. old boyfriend's jealousy
- b. poor communication between Denise and Robbie
- c. Denise's low self-esteem
- d. Robbie's desire to show-off

**Answer questions 41 - 44 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Sydney, a junior in high school, has just been diagnosed with cancer. Her doctor told her she has an excellent chance of being cured but must undergo chemotherapy and radiation treatments. Though her family and friends have been supportive, she feels overwhelmed with the decisions that she must consider regarding her treatment. Sydney used to laugh and smile and share her great sense of humor. Now she rarely smiles or laughs, complains that she can't sleep, and says that she can't think clearly. Her thoughts are increasingly disorganized.

41. The changes in Sydney's mood and thought processes results from

- a. her body's ongoing response to stress
- b. cancer's effect on her nervous system
- c. family pressures relating to treatment
- d. current levels of medication

42. What action could Sydney first take to help alleviate some of the stress effects that she is experiencing?

- a. share her fears with a friend
- b. see a psychiatrist
- c. give her physician unlimited authority to make decisions about her treatment
- d. ask her physician to prescribe anti-anxiety medication

43. If her initial efforts at stress management aren't successful, all of the following approaches might help except?

- a. progressive relaxation
- b. extended use of over-the-counter sleeping pills
- c. yoga or tai chi
- d. breathing exercises

44. If Sydney is unsuccessful dealing with the stress this situation produces, what could be the most problematic of some potential health consequences?

- a. a greater reduction in her immune response
- b. loss of friends
- c. difficulty in school
- d. weight loss

**Answer questions 45 - 50 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Tony's dad is 56 years old and considers himself to be in good health, but he has a family history of heart disease, stroke and diabetes. He recently had a routine physical exam and was told that his blood pressure was 142/85 mm Hg, his total cholesterol was 210 mg/dl (LDL was 175 mg/dl and HDL was 35 mg/dl), and his blood sugar levels

were normal. He was informed that his blood pressure was slightly elevated and his weight of 190 pounds made him about 10 pounds overweight.

45. The doctor conducting the exam expressed some concerns about the results of the physical. What finding is the key source of his concern?

- a. cholesterol levels
- b. blood pressure
- c. weight
- d. age

46. What is the nature of the doctors concern?

- a. risk for heart valve problems
- b. risk for obesity
- c. risk for diabetes
- d. risk for coronary heart disease

47. The physician will likely suggest that Tony's dad make all of the following lifestyle changes except:

- a. increase soluble fiber intake
- b. maintain current sugar intake
- c. increase physical activity
- d. decrease saturated fat intake

48. Tony's mother has decided to alter some of the family's dinner menus to try to eat in a healthier manner. Where might she go to get the best nutritional information for a "heart healthy" diet?

- a. local office of the American Heart Association
- b. cookbook section of any book store
- c. family doctor's office
- d. checkout lane in the grocery store

49. Most adults in Tony's town come from German, Italian or Latino ancestry, seem overweight, and a lot die from heart attacks. When he has supper at his girlfriend's or teammates' houses, he is encouraged and expected to eat large meals frequently of "starchy" foods. Seem as if that's always the way its been. This "style of eating" might be:

- a. an environmental contributor to poor health
- b. a "cultural" reason for overweightness
- c. the major cause of heart attacks in his community
- d. based on a need for lots of calories

50. Last night, after supper, Tony's dad complained of feeling light-headed, experienced mild, short duration pain in his neck and left arm, and sweated heavily. He should have:

- a. ignored it, for it was only indigestion
- b. gone to the hospital immediately
- c. waited a few hours to see if the discomfort passed
- d. taken a pill to reduce stomach gas and heartburn

**Answer questions 51 - 58 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Naturally blond and fair skinned, Liz has experienced her share of sunburns as she worked on her tan. After all when you lived your whole life in southern Florida, being outside in the sun was a big part of the social scene. Not wanting to be left out, she frequently joined her friends at the beach. Regardless how much she tried to avoid it, she always managed to end up getting too much sun. This last summer was particularly bad, for even with a SPF #30 sunscreen, she developed a blister on her back. That killed the beach and, until it healed, she felt like a social outcast.

51. Repeated exposure to the sun significantly increases your risk for all of the following except?
- vision problems
  - premature aging of the skin
  - skin cancer
  - early hair loss
52. Repeated sunburns are more problematic than a one time overexposure because:
- ultraviolet radiation never goes away
  - “sun damage” is cumulative
  - skin becomes scarred with repeated “burns”
  - sun screens intensify ultraviolet radiation
53. When Liz tried to share her concerns about getting too much sun, her friends weren’t willing to listen. In fact, they laughed at her saying everyone got sunburned - no big deal! How might Liz address this situation?
- vigorously express her opinions to anyone who might listen
  - try to convenience the group that they all need sun screen or they will get skin cancer
  - insist her friends plan social activities that don’t involve the beach
  - tell her friends that she needs to limit the amount of time she is in the sun, her health is important and trust that they will respect her position and decision
54. Many of the “tanning” opinions of Liz’s friends were based on their impressions of good health as seen on individuals in the movies and magazines. This suggests that
- the media is a good source of body image/appearance information
  - if it’s promoted in the press or on the screen, it must be all right
  - the tanned appearance of fashion models will, if copied, make you popular
  - media can influence decisions about health practices
55. Which of the following strategies might be best if Liz wants to reduce her potential for skin cancer while still continuing her trips to the beach with her friends?
- join her friends only before 10 am or after 4 pm
  - wear a long sleeved t-shirt, a wide brimmed hat and use a sun block with an SPF of at least 45
  - insist her friends only use beaches that have some shade
  - be responsible for planning all outings so she can control location
56. Because of her repeated sunburns, Liz takes time to periodically examine her skin. She pays close attention to her moles. What are some changes in her skin moles that indicate a trip to the doctor is necessary.
- border irregularity, shrinkage and color variation
  - size, color variation and irregular appearance
  - unchanging appearance, shrinkage and border irregularity
  - size, border irregularity and speed of healing
57. Liz’s parents are members of an HMO (health maintenance organization), and she is covered under their medical benefits. If she wants to see a doctor about a changing mole, who would she probably need to call for an initial appointment.
- a skin specialist
  - a cancer specialist
  - her family doctor
  - the local hospital’s emergency room
58. What is the primary, if any, environmental influence contributing to Liz’s potential for developing skin cancer?
- geographic location
  - outdoor social activities
  - frequency of “beach” visitations
  - strength of sun screen used



**Answer questions 59 - 60 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** To complete a volunteer service requirement for her school, Jennie helps at a local retirement community. She lends a hand with a variety of activities: wrapping birthday packages, holiday decorating, and letter writing, to name a few, but what she does most frequently is assist residents on trips to the grocery store. Not only does this give her an opportunity to meet a varied selection of the residents, but it also gives her a chance, as a result of meetings with the food service department's registered dietician, to expand her own knowledge of sound nutritional choices and products. Tentative at first, Jennie, until recently, felt comfortable assisting the elderly in "stretching their dollars" without compromising the quality of their meals. Lately, however, she feels caught between the instructions of the dietician to encourage low salt food purchases and the desires of some residents to eat what they please.

59. How might Jennie resolve this dilemma?

- a. because of the age of the residents, allow them to eat what they want
- b. insist of following the dieticians instructions even if it angers the residents
- c. try to encourage without insisting and suggest residents try some low salt products
- d. try to satisfy both interests without letting the other side know what is happening

60. Jennie's approaches to encouraging low salt food choices could successfully include all of the following except?

- a. talk about the excitement of exploring new foods
- b. share label information on sodium content of varying food products
- c. try to identify lower salt foods in the shopper's "food history"
- d. select products without consulting the shopper

---

Notes:

1. Elements modified from Insel, et al. (2002). Core concepts in health instructor's resource guide. New York: McGraw-Hill.

Table 2

NATIONAL HEALTH EDUCATION STANDARDS  
“STANDARDS” QUESTION FREQUENCY

Standard	Focus <sup>1</sup>	Question Frequency <sup>2</sup>
1. Students will comprehend concepts related to health promotion and disease prevention.	Knowledge foundation	25
2. Students will demonstrate the ability to access valid health information and health-promoting products and services.	Information acquisition	9
3. Students will demonstrate the ability to practice health-enhancing behaviors and reduce health risks.	Strategy implementation	11
4. Students will analyze the influence of culture, media, technology, and other factors on health.	Influencing factors	3
5. Students will demonstrate the ability to use interpersonal communication skills to enhance health.	Communication skills	5
6. Students will demonstrate the ability to use goal-setting and decision-making skills to enhance health.	Planning and processing	4
7. Students will demonstrate the ability to advocate for personal, family, and community health.	Advocacy	3

## Notes:

1. Authors' interpretation of standards' primary foci.

2. Multiple applications not considered.

Table 3

---

NATIONAL HEALTH EDUCATION STANDARDS  
“PERFORMANCE INDICATOR” QUESTION EXAMPLES

Performance Indicator Grades 9 - 11	Representative Question <sup>1</sup>
<hr/>	
1-1 Analyze how behavior can impact health maintenance and disease prevention.	51
1-2 Describe the interrelationships of mental, emotional, social and physical health throughout adulthood.	1
1-3 Explain the impact of personal health behaviors on the functioning of body systems.	52
1-4 Analyze how family, peers and community influence the health of individuals.	49
1-5 Analyze how the environment influences the health of the community.	58
1-6 Describe how to delay onset and reduce risks of potential health problems during adulthood.	47
1-7 Analyze how public health policies and government regulations influence health promotion and disease prevention.	33
1-8 Analyze how the prevention and control of health problems are influenced by research and medical advances.	10
2-1 Evaluate the validity of health information, products, and services.	9
2-2 Demonstrate the ability to evaluate resources from home, school, and community that provide valid health information.	4
2-3 Evaluate factors that influence personal selection of health products and services.	7

Table 3

NATIONAL HEALTH EDUCATION STANDARDS  
“PERFORMANCE INDICATOR” QUESTION EXAMPLES  
(continued)

Performance Indicator Grades 9 - 11	Representative Question <sup>1</sup>
2-4 Demonstrate the ability to access school and community health services for self and others.	8
2-5 Analyze the cost and accessibility of health care services.	21
2-6 Analyze situations requiring professional health services.	50
3-1 Analyze the role of individual responsibility for enhancing health.	13
3-2 Evaluate a personal health assessment to determine strategies for health enhancement and risk reduction.	55
3-3 Analyze the short-term and long-term consequences of safe, risky and harmful behaviors.	11
3-4 Develop strategies to improve or maintain personal, family and community health.	29
3-5 Develop injury prevention and management strategies for personal, family and community health.	39
3-6 Demonstrate ways to avoid and reduce threatening situations.	39
3-7 Evaluate strategies to manage stress.	42
4-1 Analyze how cultural diversity enriches and challenges health behaviors.	49

Table 3

NATIONAL HEALTH EDUCATION STANDARDS  
“PERFORMANCE INDICATOR” QUESTION EXAMPLES  
(continued)

Performance Indicator Grades 9 - 11	Representative Question <sup>1</sup>
4-2 Evaluate the effects of media and other factors on personal, family, and community health.	54
4-3 Evaluate the impact of technology on personal, family, and community health.	9
4-4 Analyze how information from the community influences health.	34
5-1 Demonstrate skills for communicating effectively with family, peers, and others.	6
5-2 Analyze how interpersonal communication affects relationships.	37
5-3 Demonstrate healthy ways to express needs, wants, and feelings.	53
5-4 Demonstrate ways to communicate care, consideration, and respect of self and others.	15
5-5 Demonstrate strategies for solving interpersonal conflicts without harming self or others.	37
5-6 Demonstrate refusal, negotiation, and collaboration skills to avoid potentially harmful situations.	38
5-7 Analyze the possible causes of conflict in schools, families, and communities.	40
5-8 Demonstrate strategies used to prevent conflict.	38

Table 3

---

NATIONAL HEALTH EDUCATION STANDARDS  
 “PERFORMANCE INDICATOR” QUESTION EXAMPLES  
 (continued)

Performance Indicator Grades 9 - 11	Representative Question <sup>1</sup>
<hr/>	
6-1 Demonstrate the ability to utilize various strategies when making decisions related to health needs and risks of young adults.	29
6-2 Analyze health concerns that require collaborative decision making.	7
6-3 Predict immediate and long term impact of health decisions on the individual, family, and community.	7
6-4 Implement a plan for attaining a personal health goal.	27
6-5 Evaluate progress toward achieving personal health goals.	26
6-6 Formulate an effective plan for lifelong health.	23
7-1 Evaluate the effectiveness of communication methods for accurately expressing health information and ideas.	60
7-2 Express information and opinions about health issues.	60
7-3 Utilize strategies to overcome barriers when communicating information, ideas, feelings and opinions about health issues.	59
7-4 Demonstrate the ability to influence and support others in making positive health choices.	59

Table 3

---

NATIONAL HEALTH EDUCATION STANDARDS  
 “PERFORMANCE INDICATOR” QUESTION EXAMPLES  
 (continued)

Performance Indicator Grades 9 - 11	Representative Question <sup>1</sup>
7-5 Demonstrate the ability to work cooperatively when advocating for healthy communities.	59
7-6 Demonstrate the ability to adapt health messages and communication techniques to the characteristics of a particular audience.	60

---

Notes:

1. Questions do not reflect a comprehensive listing but need to be viewed as one example meeting a specific performance indicator.

## References:

- American Association for Health Education, National Health Education Standards. 1995 Online. Internet. 8 August 2001. Available: [http://www.aahperd.org/aahe/natl\\_health\\_education\\_standards.html](http://www.aahperd.org/aahe/natl_health_education_standards.html).
- American Public Health Association. (1995). "Health for Success" gives standards for teaching kids about health. Nation's Health, 25, 15.
- American School Health Association. (1994). Guidelines for comprehensive school health programs, 2<sup>nd</sup> ed. Kent, OH: American School Health Association.
- Brandon, J. and Majumdar, B. (1997). An introduction and evaluation of problem-based learning in health professions education. Family and Community Health, 20, 1-15.
- Farmer, D. (1994, September). Strategies for change. Paper presented at the meeting of the National Center on Post Secondary Teaching, Learning and Assessment's Assessment Institute, Boston, MA.
- Farmer, D. (1988). Enhancing student learning: Emphasizing essential competencies in academic programs. Wilkes-Barre, PA: King's College.
- Finn, K. (2000). A nation in denial about health care. New Orleans CityBusiness, 21, 27.
- Garman, J. F. (1999). Exploring health: A problem based inquiry. New York: McGraw-Hill.
- Garman, J. F. (1993). [Health curricula participant entry knowledge survey]. Unpublished raw data.
- Garman, J., Hayduk, D., Posey, N., Teske, C. and Crider, D. (2002). [National health literacy standards: Preliminary assessment items]. Unpublished raw data.
- Haladyna, T. (1994). Developing and validating multiple-choice test items. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hayduk, D. and Garman, J. (2002). [Health education curricular content survey]. Unpublished raw data.
- Insel, P., Roth, W. Rollins, L. and Petersen, R. (2000). Core concepts in health. Mountain View, CA: Mayfield.
- Krathwohl, D., Bloom, B. and Masia, B. (1956). Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay.
- Kreitzer, A. and Madaus, G. (1994). Empirical investigation of the hierarchical structure of the taxonomy. In L. Anderson and L. Sosniak (Eds.), Bloom's taxonomy: A forty-year retrospective (pp. 64-81). Chicago: University of Chicago Press.
- Kolbe, L. (1993). An essential strategy to improve the health and education of Americans. Preventive Medicine, 22, 1-17.



Marzano, R. (2001). Designing a new taxonomy of educational objectives. Experts in assessment. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.

Missouri State Department of Elementary and Secondary Education. (2002). Missouri Assessment Program, High School Health/Physical Education, Spring 2000, Grade 9. (Report No. SP040224). Jefferson City, MO: Department of Elementary and Secondary Education. (ERIC Document Reproduction Service No. ED457145)

Pennsylvania Department of Education. (2001, January). Proposed Academic Standards for Health, Safety and Physical Education. (Available from Pennsylvania Department of Education, 333 Market Street, Harrisburg, PA)

Rhode Island State Department of Education. (1999). Health Education Performance Assessment: Rhode Island State Assessment Program. Guide to Interpretation [and] Interpretation Guide for Families, Grade 5 and 9. (Report No. TM 030600). Providence, RI: Department of Education. (ERIC Document Reproduction Service No. ED438292)

Ritcliff, J. (1994, September). Using assessment to identify effective teaching practices. Paper presented at the meeting of the National Center on Post Secondary Teaching, Learning and Assessment's Assessment Institute, Boston, MA.

Summerfield, L. (1995). National standards for school health education. ERIC digest. (Report No. EDO-SP-94-5). Washington, DC: U.S. Department of Education, Office of Educational Research and Improvement. (ERIC Document Reproduction Service No. ED387483)

Sweeney, R. and Rose, V. (1998). Health care spending increases slightly in 1996. American Family Physician, 57, 1752.

U. S. Department of Health and Human Services. (1992). Healthy people 2000: national health promotion and disease prevention objectives. Boston: Jones & Bartlett.



# Health Literacy Questionnaire for Children

*Please complete this questionnaire as fully as possible to help us better understand how you receive health information and how this can be improved in the future.*

## I. Personal Demographics

1. What is your gender?      ☐ Male      ☐ Female
2. How old are you?    <12 ☐      12-15 ☐      16-18 ☐      18+ ☐
3. What city do you live in? \_\_\_\_\_
6. What ethnicity do you consider yourself? (check all that apply)  
☐ Greek      ☐ Albanian      ☐ Asian      ☐ Russian      ☐ Other: \_\_\_\_\_

## II. Reason for Visit to Hospital/Doctor

1. When was the last time you went to a doctor? (month/year) \_\_\_\_\_
2. What type of doctor did you visit? (check ONE)  
☐ General practitioner    ☐ Pediatrician      ☐ Orthodontist / Dentist  
☐ Other Specialized doctor (indicate specialty: \_\_\_\_\_)
3. How often have you visited the hospital or doctor in the last six months?  
☐ no other time      ☐ 1-2 times      ☐ 3 or more times
4. Was your visit for the same reason(s) you stated above (in 1)?  
☐ Yes      ☐ No      ☐ Not sure
5. Did you request to see the Doctor?    ☐ Yes    ☐ No    ☐ Not sure
6. If “no” (in #5) who decided for you to see the Doctor?  
☐ my parent    ☐ other (list): \_\_\_\_\_

III. Health Literacy Questions						
1.	From where do you acquire pamphlets / brochures? <input type="checkbox"/> I don't <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Other (list): _____					
2.	Who is the first person you talk to when you have a health problem (when you are sick)? (List & your relation with them): _____					
3.	<u>What health topics have you received any health information for in the past year? (check all that apply)</u>					<input type="checkbox"/> <u>Healthy mouth (teeth and gums)</u> <input type="checkbox"/> <u>Sexual health (STDs, HIV/AIDS)</u> <input type="checkbox"/> <u>Nutrition</u> <input type="checkbox"/> <u>Exercise</u> <input type="checkbox"/> <u>Smoking (quitting)</u> <input type="checkbox"/> <u>Particular health topic (like diabetes)–List:</u> _____ <input type="checkbox"/> <u>Other (list):</u> _____
		Not at all	Rarely	Sometimes	Often	Always
4.	Do you get health information from your <b>pharmacist</b> ?					
5.	Do you get health information from <b>television</b> ?					
6.	Do you get health information from <b>popular magazines</b> ?					
7.	Do you get health information from you <b>doctor</b> ?					
8.	Do you get health information from the <b>internet</b> ?					
9.	Do you get health information from your <b>family</b> (parents)?					
10.	Do you get health information from your <b>friends</b> ?					
11.	Do you get health information from <b>pamphlets / brochures</b> (given to you at the office or hospital)?					
12.	Do you read the pamphlets once you have picked them up?					
13.	Does the person who handed you the pamphlet / brochure go through it with you?					
14.	Do you find the information in the pamphlets / brochures useful (helpful)?					
15.	Do you feel <b>comfortable</b> talking to your doctor?					
16.	Does your Doctor answer all your questions?					
17.	Do you understand the <b>directions</b> given to you by your doctor?					
18.	Do you follow doctor's <b>advice/orders</b> ?					
19.	Do others influence the way you follow doctor's orders?					
20.	Add any additional comments:					

#### **IV. Follow up information (optional) :**

*We would like to follow-up with you for any future research related to this topic. With your permission, please provide us with your contact information and preferred times of contact.*

Name: \_\_\_\_\_

Telephone(s): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

*Best times to contact you?*   ☐ ***Anytime***   ☐ Mornings

<p><i>Please return the COMPLETED survey to your teacher/professor</i></p>
--



### **ANEXO III**

**Autorização dos autores dos instrumentos originais para a sua utilização**





## Catarina Cardoso Tomaz

---

**De:** Catarina Cardoso Tomás  
**Enviado:** quinta-feira, 21 de Abril de 2011 9:27  
**Para:** Cameron Norman  
**Assunto:** RE: The eHealth Literacy Scale

Dear Mrs Cameron

Thank you very much for your permission. I will now start translate the scale.  
Can i ask if you have some material about how to use it appropriately?  
Regards

Catarina Cardoso Tomás  
[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Assistente de 1.º Triénio  
IPL – Escola Superior de Saúde de Leiria \_\_\_\_\_  
De: Cameron Norman [cameron.norman@utoronto.ca]  
Enviado: quarta-feira, 20 de Abril de 2011 16:00  
Para: Catarina Cardoso Tomás  
Assunto: Re: The eHealth Literacy Scale

Dear Catarina,

Thank you for your message. I am pleased that you have found the eHEALS of interest and gladly permit you to use it in your research.

Regards,

Cameron

2011/4/20 Catarina Cardoso Tomás <[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)>:  
> Dear Mrs Cameron Norman,  
>  
> My name is Catarina Tomás, and i'm a portuguese nursing teacher and  
> nursing PhD student from Porto University.  
>  
> I've started recently a research about health literacy, information  
> sources and health promotion lifestyles in adolescents.  
>  
> I would like to ask you to allow me to use the eHealth Literacy Scale  
> (eHEALS), for translation and validation for portuguese population,  
> and to use it in my study.  
>  
> I'm looking forward to hearing from you.  
>  
> Cordially,  
>  
>  
>  
> Catarina Cardoso Tomás  
>  
> [catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)  
>

>  
>  
> Escola Superior de Saúde  
>  
> Instituto Politécnico de Leiria  
>  
> Campus 2 | Alto do Vieiro | Morro do Lena  
>  
> Apartado 4137 | 2411-901 Leiria  
>  
> Tel: (+351) 244 845 300 | Fax (+351) 244 845 309  
>  
>

--  
Cameron D. Norman PhD  
Assistant Professor  
Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto Toronto, ON Canada M5T3M7  
+416.978.1242  
@cdnorman

## Catarina Cardoso Tomaz

---

**De:** Garman, J. Frederick <garman@kutztown.edu>  
**Enviado:** quarta-feira, 2 de Março de 2011 14:14  
**Para:** Catarina Cardoso Tomás  
**Assunto:** RE: Validation of instrument

Catarina, The instrument is not validated. That is a research need. Hope your investigation proceeds well. J. F. Garman

---

**From:** Catarina Cardoso Tomás [catarina.tomas@ipleiria.pt]  
**Sent:** Wednesday, March 02, 2011 8:58 AM  
**To:** Garman, J. Frederick  
**Subject:** Validation of instrument

Dear Mister/Madame Garman, Ph.D

My name is Catarina Tomás, and i'm a nursing teacher in Escola Superior de Saúde de Leiria, in Portugal. I'm going to start an investigation (to my Ph.D) related to health literacy in teenagers. In my research i found a very interesting instrument created by you and your team, the "National Health Education standards Assessement Instrument". I would like to now, however, if this instrument is already validated, and where could i find information about it. Best regards.

*Catarina Cardoso Tomás*

[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Leiria  
Campus 2 | Alto do Vieiro | Morro do Lena  
Apartado 4137 | 2411-901 Leiria  
Tel: (+351) 244 845 300 | Fax (+351) 244 845 309



## Catarina Cardoso Tomaz

---

**De:** Catarina Cardoso Tomaz  
**Enviado:** segunda-feira, 26 de Dezembro de 2011 14:39  
**Para:** 'Garman, J. Frederick'  
**Assunto:** RE: "Exit Competencies" Assessment Instrument

Dear Mr. Garman, PhD,

Following the previously contact, i'm writing to let you know how is the work doing with the scale you aloud me to use. I've already translate it to portuguese language. However, i'm having some difficulties with relating the questions to the standard focus, because they can analyse more than one, as far as i understand. I'm wondering if you have some more information about that linking that could help me doing the construct of the scale. Another thing i'm wondering is, when you made the scale, you where thinking evaluate the itens by having a right answer, or evaluate the scale with the subjective interpretation of all the possible answers?

Thank you very much for the disponibility.

Cordially,

*Catarina Cardoso Tomás*

[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Leiria  
Campus 2 | Alto do Vieiro | Morro do Lena  
Apartado 4137 | 2411-901 Leiria  
Tel: (+351) 244 845 300 | Fax (+351) 244 845 309

---

**De:** Garman, J. Frederick [<mailto:garman@kutztown.edu>]  
**Enviada:** segunda-feira, 26 de Setembro de 2011 16:09  
**Para:** Catarina Cardoso Tomás  
**Assunto:** RE: "Exit Competencies" Assessment Instrument

Yes. JFG

J. Frederick Garman, Ph.D.  
Professor  
Department of Sport Management  
Kutztown University  
Kutztown, Pennsylvania 19530

---

**From:** Catarina Cardoso Tomás [[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)]  
**Sent:** Monday, September 26, 2011 8:58 AM  
**To:** Garman, J. Frederick  
**Subject:** RE: "Exit Competencies" Assessment Instrument

Dear Mr. Garman,

I understand. Although, can i have the permission to use it in my study?

Thank you.

Cordially,

*Catarina Cardoso Tomás*

[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Leiria  
Campus 2 | Alto do Vieiro | Morro do Lena  
Apartado 4137 | 2411-901 Leiria  
Tel: (+351) 244 845 300 | Fax (+351) 244 845 309

---

**De:** Garman, J. Frederick [<mailto:garman@kutztown.edu>]  
**Enviada:** segunda-feira, 26 de Setembro de 2011 12:50  
**Para:** Catarina Cardoso Tomás  
**Assunto:** RE: "Exit Competencies" Assessment Instrument

Sorry, but that information is no longer available. J. F. Garman

J. Frederick Garman, Ph.D.  
Professor  
Department of Sport Management  
Kutztown University  
Kutztown, Pennsylvania 19530

---

**From:** Catarina Cardoso Tomás [[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)]  
**Sent:** Monday, September 26, 2011 7:36 AM  
**To:** Garman, J. Frederick  
**Subject:** "Exit Competencies" Assessment Instrument

Dear Mr. Garman,  
My name is Catarina Tomás, and i'm a portuguese nursing teacher and nursing PhD student from Porto University. I've started recently a research about health literacy, information sources and health promotion lifestyles in adolescents.  
I've already contacted you, and you told me that the scale "Exit Competencies" Assessment Instrument is not validated yet. Nevertheless, i would like to use that scale in my study, translating and validating for adolescent portuguese population. But i would like to know from you if it can be use or is that any inconvenient. I would like to know also, if you can send me the criteria for the scoring (including the correct ansewrs) , and what are the questions that evaluate each of the seven competencies.  
I'm looking forward to hearing from you.  
Cordially,

Catarina Cardoso Tomás  
[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Assistente de 1.º Triénio  
IPL – Escola Superior de Saúde de Leiria

## Catarina Cardoso Tomaz

---

**De:** Garman, J. Frederick <garman@kutztown.edu>  
**Enviado:** domingo, 11 de Março de 2012 15:21  
**Para:** Catarina Cardoso Tomás  
**Assunto:** RE: "Exit Competencies" Assessment Instrument

Yes, you have my permission. Hope it goes well. JFG

J. Frederick Garman, Ph.D.  
Professor  
Department of Sport Management  
Kutztown University  
Kutztown, Pennsylvania 19530

---

From: Catarina Cardoso Tomás [catarina.tomas@ipleiria.pt]  
Sent: Saturday, March 10, 2012 12:03 PM  
To: Garman, J. Frederick  
Subject: "Exit Competencies" Assessment Instrument

Dear Mr. Garman,  
Thank you very much for the permission to use your scale in my study.  
I'm writing you to let you know about the evolution of the work with the scale.  
After translate the scale me and my teacher have concluded that the scale as a very difficult level for Portuguese teenagers. Besides, is needed a big adaptation to Portuguese culture. So, and because i can't have the criteria for the scoring (including the correct answers) of the scale, we have decided to transform the scale, creating a new one, based on your scale.  
The intention is to use the stories and the questions that your scale have and to transform them to be more simple and accessible to our adolescents. Some questions are going to be removed and others are going to be included. Nevertheless, we are still maintaining the main structure, as well, as the seven criteria of evaluation.  
Can I do this? Do I have permission?  
Please let me know your opinion, and tell me if you allows us to do this.  
Waiting for your reply.  
Sincerely, best regards

Catarina Cardoso Tomás  
[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Assistente de 1.º Triénio  
IPL – Escola Superior de Saúde de Leiria \_\_\_\_\_  
De: Garman, J. Frederick [garman@kutztown.edu]  
Enviado: segunda-feira, 26 de Setembro de 2011 16:09  
Para: Catarina Cardoso Tomás  
Assunto: RE: "Exit Competencies" Assessment Instrument

Yes. JFG

J. Frederick Garman, Ph.D.  
Professor  
Department of Sport Management  
Kutztown University  
Kutztown, Pennsylvania 19530

---

From: Catarina Cardoso Tomás [catarina.tomas@ipleiria.pt]  
Sent: Monday, September 26, 2011 8:58 AM

To: Garman, J. Frederick  
Subject: RE: "Exit Competencies" Assessment Instrument

Dear Mr. Garman,  
I understand. Although, can i have the permission to use it in my study?  
Thank you.  
Cordially,  
Catarina Cardoso Tomás  
[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Leiria  
Campus 2 | Alto do Vieiro | Morro do Lena Apartado 4137 | 2411-901 Leiria  
Tel: (+351) 244 845 300 | Fax (+351) 244 845 309

De: Garman, J. Frederick [<mailto:garman@kutztown.edu>]  
Enviada: segunda-feira, 26 de Setembro de 2011 12:50  
Para: Catarina Cardoso Tomás  
Assunto: RE: "Exit Competencies" Assessment Instrument

Sorry, but that information is no longer available. J. F. Garman

J. Frederick Garman, Ph.D.  
Professor  
Department of Sport Management  
Kutztown University  
Kutztown, Pennsylvania 19530

---

From: Catarina Cardoso Tomás [[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)]  
Sent: Monday, September 26, 2011 7:36 AM  
To: Garman, J. Frederick

Subject: "Exit Competencies" Assessment Instrument Dear Mr. Garman, My name is Catarina Tomás, and i'm a portuguese nursing teacher and nursing PhD student from Porto University.

I've started recently a research about health literacy, information sources and health promotion lifestyles in adolescents.

I've already contacted you, and you told me that the scale "Exit Competencies" Assessment Instrument is not validated yet. Nevertheless, i would like to use that scale in my study, translating and validating for adolescent portuguese population. But i would like to know from you if it can be use or is that any inconvenient. I would like to know also, if you can send me the criteria for the scoring (including the correct ansewrs) , and what are the questions that evaluate each of the seven competencies.

I'm looking forward to hearing from you.

Cordially,

Catarina Cardoso Tomás  
[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)<<mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt>>

Assistente de 1.º Triénio  
IPL – Escola Superior de Saúde de Leiria



## Catarina Cardoso Tomaz

---

**De:** 祐慈 張 <ytchang@gw.cgit.edu.tw>  
**Enviado:** quinta-feira, 28 de Abril de 2011 4:12  
**Para:** Catarina Cardoso Tomás  
**Cc:** 美燕 陳  
**Anexos:** authorization \_Catarina Cardoso Tomás.pdf

Dear Dr. Tomás:

Please refer to the attachment, which the authorization form and the AHP scale are attached.  
Hope it could be helpful for your study.  
If there is any further question, please don't hesitate to turn to us. Thank you.

Regards,  
Chang Yutz  
April 28, 2011

2011/4/26 Catarina Cardoso Tomás <[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)>

Dear Yutz Chang,

Here're the informations you need:

1. The full title of the study, is for now “ Literacia para a saúde em adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis” (Health literacy in adolescents: the transition process with healthy lifestyles promoted by nursing interventions)
2. This study is being done for the nursing PhD that i'm doing in “Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar” of “Universidade do Porto”. I currently work as a teacher at “Escola Superior de Saúde de Leiria” of “Instituto Politécnico de Leiria”

I hope this information is what you need.

Thank you for the cooperation.

regards

*Catarina Cardoso Tomás*

[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Leiria

Campus 2 | Alto do Vieiro | Morro do Lena

Apartado 4137 | 2411-901 Leiria

---

**De:** yutz chang [mailto:[changytz@gmail.com](mailto:changytz@gmail.com)]

**Enviada:** quinta-feira, 21 de Abril de 2011 10:45

**Para:** Catarina Cardoso Tomás

**Cc:** my chen

**Assunto:** Re: RE : Adolescents Health promotion scale

Dear Catarina:

Thanks for your interests and enquiry. We are glad to help out with this.

I'd like to ask for more information so that the Authorised Form could be formally made.

Please kindly offer us your :

1. the full title of your study
2. the formal name of your department and the formal name of the university

Thank you for your kind cooperation.

The AHP scale, its related paper, and the authorised form would be quickly sent to you once finished.

Regards,

Yutz Chang

On 21 April 2011 14:58, my chen <[mychen02@yahoo.com.tw](mailto:mychen02@yahoo.com.tw)> wrote:

Hi, catarina,

Thank you for interesting on this topic. I'll have my research assistant to send it (AHP and its related paper ) to you.

hope you will have a good findings in your study.

further, may be we can do some cooperation or comparision among our adolescents between both countries...

anyway, if you have any questions, just let me know.

meiyen

--- 11/4/20 (三), Catarina Cardoso Tomás <[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)> 寫道 :

寄件者: Catarina Cardoso Tomás <[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)>

主旨: Adolescents Health promotion scale

收件者: "[mychen02@yahoo.com.tw](mailto:mychen02@yahoo.com.tw)" <[mychen02@yahoo.com.tw](mailto:mychen02@yahoo.com.tw)>

日期: 2011年4月20日,三,下午7:25

Dear Mrs Mei-Yen Chen,

My name is Catarina Tomás, and I'm a portuguese nursing teacher and nursing PhD student from Porto University.

I've started recently a research about health literacy, information sources and health promotion lifestyles in adolescents.

I would like to ask you to allow me to use the Adolescent Health Promotion Scale (AHP), for translation and validation for portuguese population, and to use it in my study.

I'm looking forward to hearing from you.

Cordially,

*Catarina Cardoso Tomás*

[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Leiria

Campus 2 | Alto do Vieiro | Morro do Lena

Apartado 4137 | 2411-901 Leiria

Tel: (+351) 244 845 300 | Fax (+351) 244 845 309

----- May God's Peace Be at You -----

長庚技術學院嘉義分部護理研究所  
所長研究助理 張祐慈 Chang, Yu-tzu

[ytchang@gw.cgit.edu.tw](mailto:ytchang@gw.cgit.edu.tw)

(05)362-8800 ext.2201 /425-2201

61363嘉義縣朴子市嘉朴路西段2號



**DEPARTMENT OF NURSING, CHANG GUNG INSTITUTE OF TECHNOLOGY,  
CHIA-YI CAMPUS**

No.2, Chia-Pu Road, West Sec., Putz,  
Chia-Yi, 613-63, Taiwan, R.O.C.

TEL: 886-5-3628800 ext. 2201 FAX: 886-5-3628232

E-Mail: [meiyen@gw.cgit.edu.tw](mailto:meiyen@gw.cgit.edu.tw)

## **Authorization Form**

I hereby authorize the “Adolescent Health Promotion Scale” to be given on the research of **【Health literacy in adolescents: the transition process with healthy lifestyles promoted by nursing interventions】** which is undertaking by Catarina Cardoso Tomás, Ph.D..

This authorization form will be freely available for non-profit use including educational and academic purposes, not for commercial purposes. While it is cited, please clearly mark out the quotation as the following to be consistent with the academic regulations : **【Chen, M. Y. (2003). Adolescent health promotion scale: Development and psychometric testing. *Public Health Nursing, 20* (2), 104-110.; Chen, M. Y. (2006). Cross-validation and discriminant validity of Adolescent Health Promotion scale among overweight and non-overweight adolescents in Taiwan. *Public Health Nursing, 24* (6), 546-551.】**

It is granted to

**Escola Superior de Saúde de Leiria  
Instituto Politécnico de Leiria**



Mei-Yen, Chen

Apr 28, 2011

## Adolescent Health Promoting Scale

**Directions:** This questionnaire contains statements regarding your present way of life or personal habits. Please respond to each item as accurately as possible, and try not to skip any item. Please fill in the available blank that you did during this year.

	10% Never	30% Sometimes	50% Half	70% Often	90% Always
1. I eat three meals daily.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I choose foods without too much oil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Include dietary fiber (e.g. fruits or vegetables).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Drink at least 1500 cc of water daily (or 6-8 cups).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Each meal includes five food groups. (e.g. Bread, meat, milk, fruit, vegetable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eat breakfast daily.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I speak up & share my feelings with others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I care about other people.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I talk about my concerns with others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Make an effort to smile or laugh every day.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Enjoy keeping in touch with relatives.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Make an effort to have good friendships.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Talk about my troubles to others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Read food labels when I shop.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. I watch my weight.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Discuss my health concerns with a doctor or nurse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Observe my body at least monthly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Brush my teeth and use dental floss after meals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	10% Never	30% Sometimes	50% Half	70% Often	90% Always
19. Wash hands before meals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Read health information.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Make an effort to choose foods without preservatives (e.g., an additives on food).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Make an effort to like myself.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Make an effort to feel happy and content.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. I usually think positively.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Make an effort to understand my strengths, weaknesses and accept them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Make an attempt to correct my defects.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Make an effort to know what's important for me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Make an effort to feel interesting and challenged every day.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Make an effort to believe that my life has purpose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Perform stretching exercise daily.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Exercise rigorously 30 minutes at least 3 times per week	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Participate in physical fitness class at school weekly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Warm up before rigorous exercise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Make an effort to stand or sit up straight.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Make an effort to spend time daily for relaxation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Make an effort to determine the source of my stress.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Make an effort to watch my mood changes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sleep for 6-8 hours each night.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Make schedules and set priorities.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. I try not to lose control when things happen that are unfair.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scoring Instructions: Items are scored as

1. Never: 0-10% \*1
2. Sometimes: 11-30% \*2
3. Half : 31-60% \*3
4. Often: 61-80% \*4
5. Always: 81-100% \*5

Adolescent Health Promoting Scale	1 to 40
Nutrition	1 to 6
Social Support	7 to 13
Health responsibility	14 to 21
Life appreciation	22 to 29
Exercise	30 to 34
Stress management	35 to 40

## References

- Chen, M.Y., Wang, E.K. Cheng, Y.J. (2006). Adequate sleep is positively associated with health status and health-related behaviors of Taiwanese adolescents. *BMC Public Health*, 6:59. Available online: 8 March, 2006.
- Chen, M. Y., James K., Wang, E.K. (2006). Comparison of health-promoting behavior between Taiwanese and American adolescents: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Study*, (in press)
- Chen, M.Y., & James, K. (revised, 2006). Cross validation and discriminant validity of Adolescent Health Promoting scale among overweight and non-overweight adolescents. Public Health Nursing,**
- Chen, M. Y., James, K.S. (2005). Health-related behavior and adolescent mothers. *Public Health Nursing*, 22 (4), 280-288.
- Chen. M. Y., Chou, C.C., Hsu, C. Y. (2005). The experiences of overweight female adolescents after health promotion counseling. *The Journal of Nursing Research*, 13 (1), 41-48.



Chen, M. Y., Chou, C.C., Yang, R.J. (2005). Considering the factors of gender and body weight in the promotion of healthy behavior among adolescents. *The Journal of Nursing Research*, 13 (3), 235-243.

Hsiao, Y.C., Chen, M.Y., Gau, Y.M., Hung, L.L., Chang, S.H., & Tsai, H.M. (2004). The Effects of a Teaching Course on Health Promotion. *Public Health Nursing*, 22 (1), 74-81

**Chen, M. Y., Wang, E. K., Yang, R.J., & Liou, Y. M. (2003). Adolescent health promotion scale: Development and psychometric testing. *Public Health Nursing*, 20 (2), 104-110.**

Chen, M. Y., Wang, E. K., & Liao, J. C. (2002). Relationship between attendance at breakfast and school achievement among nursing students. *The Journal of Nursing Research*, 10 (1), 15-21.



## Catarina Cardoso Tomaz

---

**De:** Catarina Cardoso Tomás  
**Enviado:** quinta-feira, 28 de Julho de 2011 20:17  
**Para:** vardavas@edu.med.uoc.gr  
**Assunto:** RE: Health Literacy instrument

Hello,  
thank you very much for the concern and the help. i will contact Mrs Kondilis.  
thank you, cordially

Catarina Cardoso Tomás  
[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Assistente de 1.º Triénio  
IPL – Escola Superior de Saúde de Leiria \_\_\_\_\_  
De: [vardavas@edu.med.uoc.gr](mailto:vardavas@edu.med.uoc.gr) [vardavas@edu.med.uoc.gr]  
Enviado: quinta-feira, 28 de Julho de 2011 18:47  
Para: Catarina Cardoso Tomás  
Cc: [bkondili@hau.gr](mailto:bkondili@hau.gr)  
Assunto: Re: Health Literacy instrument

Thank you for your interest.

Please find attached the manuscript. You might be interested in contacting the regional expert, who had the main role in the science behind the study, Barbara Kondilis from the Hellenic American University, who I am cc'ing in this email. I am sure that she can share with you the questionnairer and some information.

Best wishes,

Constantine

Quoting Catarina Cardoso Tomás <[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)>:

> Dear Mr Vardavas  
> My name is Catarina Tomás, and i'm a portuguese nursing teacher and  
> nursing PhD student from Porto University.  
> I've started recently a research about health literacy, information  
> sources and health promotion lifestyles in adolescents.  
> I've seen in the internet that you're a researcher in health literacy  
> area. I also find an article named "Health literacy and sources of  
> health education among adolescents in Greece", but i can't read it  
> because it's blocked. For that, i'm wondering if you know about any  
> instrument for measuring health literacy in adolescents, for me to  
> translate and validate for portuguese population, and to use in my  
> study.  
> I'm looking forward to hearing from you.  
> Cordially,  
>  
> Catarina Cardoso Tomás  
> [catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)<<mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt>>  
>  
> Escola Superior de Saúde  
> Instituto Politécnico de Leiria

> Campus 2 | Alto do Vieiro | Morro do Lena Apartado 4137 | 2411-901  
> Leiria  
> Tel: (+351) 244 845 300 | Fax (+351) 244 845 309  
>  
>

---

This message was sent using IMP, the Internet Messaging Program.

## Catarina Cardoso Tomaz

---

**De:** Catarina Cardoso Tomaz  
**Enviado:** sexta-feira, 29 de Julho de 2011 12:09  
**Para:** 'Kondili Barbara K. (Κονδύλη Κωνσταντίνα Βαρβάρα)'  
**Assunto:** RE: Health Literacy instrument

Hello,

Thank you very much for the material and for the help. i will keep in touch to let you now about the evolution of the work. It's in the beginning for now.

Thank you again for the help and the concern.

cordially

Catarina Cardoso Tomás  
[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Escola Superior de Saúde  
Instituto Politécnico de Leiria  
Campus 2 | Alto do Vieiro | Morro do Lena Apartado 4137 | 2411-901 Leiria  
Tel: (+351) 244 845 300 | Fax (+351) 244 845 309

-----Mensagem original-----

De: Kondili Barbara K. (Κονδύλη Κωνσταντίνα Βαρβάρα) [<mailto:bkondili@hau.gr>]  
Enviada: sexta-feira, 29 de Julho de 2011 12:00  
Para: Catarina Cardoso Tomás  
Cc: Constantine Vardavas  
Assunto: RE: Health Literacy instrument

Hello Catarina! You can certainly use our tool as long as you give us credit (adapted tool developed by Vardavas, Kondilis, et al. 2009) or state that you "modified" the tool (if so). I would love to see how this works in the Portuguese population and of course keep us in mind when you publish the study as we may be very interested in the results. Note that there was nothing really "developed" in the entire sense of the word here so we created a short tool to measure what we believed to be "health literacy" for older children and teens. I also had to give an informed consent to their parents and teachers for participation.

I attach both the survey and the version with the variables used for tabulating data. Let me know if you need further help.

Sincerely,

Barbara Kondilis, MSW, MPH  
Coordinator of Student Affairs, Faculty

Hellenic American University  
12 Kaplanon Street, 10680, Athens, Greece  
Tel: +30 210 368 0949  
Fax: +30 210 363 3174  
Email: [bkondili@hau.gr](mailto:bkondili@hau.gr)  
Website: <http://www.hauniv.us/>

The Hellenic American University cannot accept any responsibility for the accuracy or completeness of this message as it has been transmitted over a public network. If you suspect that the message may have been intercepted or amended, please call the sender.

-----Original Message-----

From: Catarina Cardoso Tomás [<mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt>]

Sent: Thursday, July 28, 2011 10:13 PM

To: Kondili Barbara K. (Κονδύλη Κωνσταντίνα Βαρβάρα)

Subject: FW: Health Literacy instrument

Dear Mrs Kondilis

- > My name is Catarina Tomás, and i'm a portuguese nursing teacher and
- > nursing PhD student from Porto University.
- > I've started recently a research about health literacy, information
- > sources and health promotion lifestyles in adolescents.
- > Mr. Vardavas told me you're a researcher in health literacy area and
- > you have the instrument used in the research of the article "Health
- > literacy and sources of health education among adolescents in Greece".
- > For that, i'm wondering if you may send me that instrument for
- > measuring health literacy in adolescents, for me to translate and
- > validate for portuguese population, and to use in my study, in case i find it appropriate.
- > I'm looking forward to hearing from you.
- > Cordially,

Catarina Cardoso Tomás

[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Assistente de 1.º Triénio

IPL – Escola Superior de Saúde de Leiria

De: [vardavas@edu.med.uoc.gr](mailto:vardavas@edu.med.uoc.gr) [[vardavas@edu.med.uoc.gr](mailto:vardavas@edu.med.uoc.gr)]

Enviado: quinta-feira, 28 de Julho de 2011 18:47

Para: Catarina Cardoso Tomás

Cc: [bkondili@hau.gr](mailto:bkondili@hau.gr)

Assunto: Re: Health Literacy instrument

Thank you for your interest.

Please find attached the manuscript. You might be interested in contacting the regional expert, who had the main role in the science behind the study, Barbara Kondilis from the Hellenic American University, who I am cc'ing in this email. I am sure that she can share with you the questionnairer and some information.

Best wishes,

Constantine

Quoting Catarina Cardoso Tomás <[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)>:

- > Dear Mr Vardavas
- > My name is Catarina Tomás, and i'm a portuguese nursing teacher and
- > nursing PhD student from Porto University.
- > I've started recently a research about health literacy, information
- > sources and health promotion lifestyles in adolescents.
- > I've seen in the internet that you're a researcher in health literacy
- > area. I also find an article named "Health literacy and sources of
- > health education among adolescents in Greece", but i can't read it
- > because it's blocked. For that, i'm wondering if you know about any
- > instrument for measuring health literacy in adolescents, for me to
- > translate and validate for portuguese population, and to use in my
- > study.
- > I'm looking forward to hearing from you.

> Cordially,  
>  
> Catarina Cardoso Tomás  
> [catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)<mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt>  
>  
> Escola Superior de Saúde  
> Instituto Politécnico de Leiria  
> Campus 2 | Alto do Vieiro | Morro do Lena Apartado 4137 | 2411-901  
> Leiria  
> Tel: (+351) 244 845 300 | Fax (+351) 244 845 309  
>  
>

-----  
This message was sent using IMP, the Internet Messaging Program.





## **ANEXO IV**

### **Retraduções dos instrumentos utilizados**



## Questionnaire on Health Awareness in Children

*Please complete this questionnaire as fully as possible to help us to better understand how you obtain information on health and how this can be improved in the future.*

### I. Personal details

1. What is your gender? Male Female
2. How old are you? <12 12-15 16-18 >18
3. In what city do you live in?
6. What do you consider to be your ethnicity? (tick all those that are applicable)  
Portuguese Brazilian Eastern european African  
Other: \_\_\_\_\_

### II. Reason for visit to Hospital / Doctor

1. When was the last time you went to a doctor? (month / year) \_\_\_\_\_
2. What type of doctor did you see? (choose ONE)  
\_\_\_\_ GP \_\_\_\_ pediatrician \_\_\_\_ dental surgeon / dentist  
\_\_\_\_ other doctor (please specify: \_\_\_\_\_)
3. How many times have you been to the doctor or hospital in the last six months?  
\_\_\_\_ never \_\_\_\_ 1-2 times \_\_\_\_ 3 or more
4. Was this visit for the same reason as referred in 1?  
\_\_\_\_ yes \_\_\_\_ no \_\_\_\_ not sure
5. Did you ask to see the doctor? \_\_\_\_ yes \_\_\_\_ no \_\_\_\_ not sure
6. If you answered “no” to question 5, who decided that you should go to the doctor?  
\_\_\_\_ my parents \_\_\_\_ other person (specify: \_\_\_\_\_)

### III. Questions on Health Awareness

1. Where do you get leaflets / brochures?  
I don't At the doctor At the pharmacist At the hospital Other: \_\_\_\_\_
2. Who is the first person you talk to when you have a health problem (when you are ill)? (specify and state your relationship with them)
3. In which areas of health have you received information about, in the last year? (choose all those that apply) - Oral health (teeth and gums)  
- Sexual health (STD, HIV / AIDS)  
- Nutrition  
- Exercise  
- Smoking (stopping)  
- Specific subject (e.g: diabetes) Specify: \_\_\_\_\_  
- Other: \_\_\_\_\_

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
4. Do you receive information on health from your pharmacist?					
5. Do you receive information on health from the television?					
6. Do you receive information on health from magazines?					
7. Do you receive information on health from your doctor?					
8. Do you receive information on health from the internet?					
9. Do you receive information on health from your family (parents)?					
10. Do you receive information on health from friends?					
11. Do you receive information on health care from leaflets/brochures? (available at health centres or hospital)					
12. Do you read the leaflets as soon as you get them?					
13. Does the person who gives you the leaflets/brochures reads them with you?					
14. Do you consider the information in the leaflets/brochures useful?					
15. Do you feel comfortable talking to your doctor?					
16. Does your doctor answer all your questions?					
17. Do you understand the instructions given by your doctor?					
18. Do you follow the advice/instructions given by your doctor?					
19. Do others influence the way you follow advice from your doctor?					
20. Please add any further comments here:					

#### IV. Information for follow up (Optional)

*We'd like to be able to do a follow up of this topic in the future research. With your permission, please give us your contact information and the best times to contact you.*

Name: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Best time to contact: \_\_\_\_\_ anytime \_\_\_\_\_ mornings

Please return the completed questionnaire to your teacher.
--

## **Scale of awareness of health issues in adolescents**

**INSTRUCTIONS:** This questionnaire contains statements relating to your current lifestyle or personal habits. Please answer to each item as accurately as possible and try not to miss anything out. Please fill in the blank space according to what you did this year.

10% -never; 30% - sometimes; 50% - half the time; 70% - often; 90% - always

1. I eat 3 meals a day.
2. I choose food without lots of oils.
3. I include fibre in my diet (e.g. fruit or vegetables).
4. I drink at least 1.5l of water per day (or 6-8 glasses).
5. Each meal includes 5 food groups. (e.g. bread, meat, milk, fruit, vegetables).
6. I eat breakfast everyday.
7. I share and talk about my feelings with others.
8. I worry about other people.
9. I talk about my concerns with others.
10. I make an effort to smile or laugh everyday.
11. I like to keep in contact with my relatives.
12. I make an effort to have good friendships.
13. I talk about my problems with others.
14. I read the food labels when I shop.
15. I watch my weight.
16. I discuss my concerns about health issues with a doctor or nurse.
17. I check my body at least once a month.
18. I brush my teeth and use dental floss daily.
19. I wash my hands before meals.
20. I read information on health issues.
21. I make an effort to choose food with no preservatives. (eg. Food additives)
22. I make an effort to like myself.
23. I make an effort to feel happy and content with myself.
24. I usually think positively.
25. I make an effort to understand my strengths, weaknesses and accept them.
26. I try to correct my negative qualities.
27. I make an effort to know what is important to me.
28. I make an effort to be interested and challenged everyday.
29. I make an effort to believe that my life has a purpose.
30. I do stretches everyday.
31. I do 30 minutes of cardio exercise at least 3 times a week.
32. I participate in fitness lessons at school every week.
33. I warm up before an exercise session.
34. I make an effort to stand or sit up straight.
35. I make an effort to have some time for relaxation everyday.
36. I make an effort to identify the source of my stress.

37. I make an effort monitor my changes in mood.
38. I sleep between 6 and 8 hours every night.
39. I make timetables and establish priorities.
40. I try not to lose control when unfair things happen.

Instructions for evaluation: The statements are scored in the following way

1. Never: 0-10% \*1
2. Sometimes: 11-30% \*2
3. Half the time: 31-60% \*3
4. Often: 61-80% \*4
5. Always: 81-100% \*5

Scale of awareness of health issues in adolescents	1 - 40
Nutrition	1 - 6
Social support	7 - 13
Responsibility for health	14 - 21
Making the most of life	22 - 29
Exercise	30 - 34
Stress management	35 - 40

### Annex 1: Scale of eHealth Awareness

**I would like to ask your opinion and find out more about your experience of using the internet to get information on health issues. For each statement or question, please indicate which answer best reflects your opinion and experience *at this point in time*.**

1. To what extent do you consider the internet **useful** to help you to make decisions about your health?

o1	o2	o3	o4	o5
Completely useless	Not useful	Not sure	Useful	Very useful

2. To what extent do you consider important to have access to resources and information about health on the Internet?

o1	o2	o3	o4	o5
Not important in any way	Not important	Not sure	Important	Very important

3. I know **which** resources about health are available on the Internet

- 1) ☐ Totally disagree
- 2) ☐ Disagree
- 3) ☐ Undecided
- 4) ☐ Agree
- 5) ☐ Totally agree

4. I know **where** to find useful resources on health on the Internet

- 1) ☐ Totally disagree
- 2) ☐ Disagree
- 3) ☐ Undecided
- 4) ☐ Agree
- 5) ☐ Totally agree

5. I know **how** to find useful resources on health on the Internet

- 1) ☐ Totally disagree
- 2) ☐ Disagree
- 3) ☐ Undecided
- 4) ☐ Agree
- 5) ☐ Totally agree

6. I know how to use the Internet to answer my questions about health issues

1) ☐ Totally disagree

2) ☐ Disagree

3) ☐ Undecided

4) ☐ Agree

5) ☐ Totally agree

7. I know how to use **information on health** that I find on the Internet, to help me

1) ☐ Totally disagree

2) ☐ Disagree

3) ☐ Undecided

4) ☐ Agree

5) ☐ Totally agree

8. I have the necessary ability to **evaluate** the resources on health that I find on the Internet

1) ☐ Totally disagree

2) ☐ Disagree

3) ☐ Undecided

4) ☐ Agree

5) ☐ Totally agree

9. I know how to distinguish **good quality** resources from **bad quality** health resources on the Internet

1) ☐ Totally disagree

2) ☐ Disagree

3) ☐ Undecided

4) ☐ Agree

5) ☐ Totally agree

10. I feel confident in using information from the Internet to make decisions about my health

1) ☐ Totally disagree

2) ☐ Disagree

3) ☐ Undecided

4) ☐ Agree

5) ☐ Totally agree

***Thank you!***



## **ANEXO V**

### **Conclusões do *thinking aloud***



## CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro estudante,

Chamo-me Catarina Cardoso Tomás, sou enfermeira, e exerço atualmente funções de Assistentes de 1.º Triénio da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria. No âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem, encontro-me atualmente a realizar um estudo subordinado ao tema “Literacia para a saúde em Adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis.”, com o principal objectivo de conhecer de que forma os enfermeiros poderão contribuir de forma eficaz para a promoção do desenvolvimento de competências da literacia para a saúde dos adolescentes, bem como o impacto que as competências de literacia para a saúde e as fontes de informação mais valorizadas pelos adolescentes poderão ter na adesão a estilos de vida saudáveis.

A tua participação neste estudo consistirá na apreciação e análise de uma escala traduzida e resposta à mesma, como possível instrumento a introduzir no questionário. Esta escala visa obter dados relacionados com os níveis de competências em literacia para a saúde, e encontra-se anexa.

É neste sentido que solicito a tua colaboração, através da crítica e resposta à referida escala, o que se revelará essencial para a compreensão da sua adequação aos adolescentes portugueses. A tua participação é voluntária, sendo que as respostas obtidas serão tratadas de forma confidencial e exclusiva para este estudo e publicações que advenham mesmo.

Eu, \_\_\_\_\_,  
após devidamente esclarecido (a), aceito participar através da análise e resposta à escala inicial que obtém dados relacionados com a literacia para a saúde neste estudo intitulado: “Literacia para a saúde em Adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis”

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura\_\_\_\_\_



## **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Exmo./a Encarregado/a de Educação,

Chamo-me Catarina Cardoso Tomás, sou enfermeira, e exerço atualmente funções de Assistentes de 1.º Triénio da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria. No âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem, encontro-me atualmente a realizar um estudo subordinado ao tema “Literacia para a saúde em Adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis.”, com o principal objectivo de conhecer de que forma os enfermeiros poderão contribuir de forma eficaz para a promoção do desenvolvimento de competências da literacia para a saúde dos adolescentes, bem como o impacto que as competências de literacia para a saúde e as fontes de informação mais valorizadas pelos adolescentes poderão ter na adesão a estilos de vida saudáveis.

A participação dos estudantes neste estudo consistirá no preenchimento de um questionário, que visa, para além de obter alguns dados sociodemográficos, obter dados relacionados com os níveis de competências em literacia para a saúde, fontes de informação em saúde, a informação de saúde electrónica e promoção de estilos de vida saudáveis.

É neste sentido que solicito a sua colaboração, no sentido de considerar a participação do seu educando no estudo referido através apreciação e análise de uma escala traduzida e resposta à mesma, como possível instrumento a introduzir no questionário. Esta escala visa obter dados relacionados com os níveis de competências em literacia para a saúde, e encontra-se anexa. Este processo revela-se essencial para a compreensão da sua adequação aos adolescentes portugueses. A participação dos adolescentes será voluntária, sendo que as respostas obtidas serão tratadas de forma confidencial e exclusiva para este estudo e publicações que advenham mesmo.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do endereço electrónico [catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt) ou contacto telefónico 919 173 035.

Eu, \_\_\_\_\_  
Encarregado/a de Educação do menor \_\_\_\_\_,

após devidamente esclarecido (a), aceito que o meu educando participe através da análise e resposta à escala inicial que obtém dados relacionados com a literacia para a saúde neste estudo intitulado: “Literacia para a saúde em Adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis”

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

## **Guia de Reunião “Thinking aloud”**

Esta reunião tem como objetivo analisar um questionário. Parte deste questionário foi traduzido e adaptado para a população portuguesa. Outra parte foi construída. O objetivo do questionário é avaliar:

- Os comportamentos promotores de estilos de vida saudáveis dos jovens
- Os níveis de literacia e e-literacia em saúde dos jovens. A literacia em saúde é a capacidade que as pessoas têm de procurar a informação sobre saúde nos sítios adequados, interpretar e compreender essa informação e utilizá-la no seu dia-a-dia de forma correta. A e-literacia, é a mesma coisa, mas diz respeito apenas a informação retirada da internet.

Este questionário foi construído para ser respondido por jovens, em Portugal, a frequentar o Ensino Secundário, com idades entre os 15 e os 17 anos. O que pedimos é que respondam sem ajuda, tal como se fossem responder no estudo, e no fim vamos analisar a vossa opinião sobre as perguntas que são feitas (se estão ou não bem construídas)

### **1. Devem preencher a primeira parte do questionário.**

#### **Quanto tempo demoraram em média a responder?**

1: 11'16"; 2: 13'42"; 3: 7'20"; 4: 9'28"; 5: 19'00"; 6: 8'25"

Média portugueses: 10'24"

Média total: 11'31"

### **2. Devem preencher a segunda parte do questionário**

#### **Quanto tempo demoraram em média a responder?**

1: 31'12"; 2: 41'58"; 3: 20'18"; 4: 34'21"; 5: 80'00"; 6: 35'23"

Média portugueses: 32'38"

Média total: 40'32"

### **3. O que acham de preencher ambas as partes numa só sessão?(fácil, difícil, ...) Porquê?**

1 – Foi fácil porque continha só escolhas múltiplas

6 – Achei fácil, embora houvesse alguns termos médicos e doenças que não sabia o que eram

3 – Achei fácil, porque gosto bastante de fazer inquéritos

5 – Foi um pouco difícil porque não sabia o significado de muitas palavras

2 – Foi mais ou menos. Não sabia bem o que responder em algumas

4 – Foi fácil porque o tema também era interessante e era só de escolhas múltiplas

**4. Achem que as perguntas que são feitas, respondem aos objetivos que foram apresentados no início? Porquê?**

Sim, porque serviu para ver se temos conhecimentos de doenças ou mesmo hábitos de vida mais saudáveis e os espaços onde podemos encontrar esses conhecimentos

**5. Assinalem (sublinhem, por exemplo) as palavras e expressões que não compreenderam ou que não sabem o significado. Podem anotar ao lado qualquer coisa que achem pertinente em relação a essa dificuldade.**

Questão	Expressão	Respondentes	Expressão alternativa
7	“Coito interrompido”	6 5	
8	“sífilis e gonorreia” “hepatite B”	6 5 4 4	
9	“cremes ou géis espermicidas”	6	
14-20	“lesão do tendão do tornozelo”	5	
24	“fadiga”	5	
25	“prudente”	5	
26-30	“gaba-se”; “descarta” “speeds”	5 4 2	
26	“binge drinker”	6 5 3 2 1	“binge drinker” (beber muito num curto espaço de tempo para ficar bêbado ou sentir os efeitos do álcool)
27	“danos no fígado”	5	
28	“Anfetaminas” – não sabe os efeitos	6 4	
30-34	“desmoronou”	5	
40	“osteomarticulares” “doenças cardiovasculares”	6 5 4 5	De ossos e articulações
41	“fibras solúveis”	5	
45	“premature”	5	
46	“escaldões solares”	5	
21 (EPSA)	“conservantes”	5	

**6. Existe alguma questão, história ou resposta que tenham dificuldade em interpretar ou perceber o que se pretende? Digam quais e porquê?**

No segundo teste (Literacia em saúde):

6 – Pergunta 26 – não sabia o que era “Binge drinker”

6 / 4 / 2 / 1 – Pergunta 39 a 44 – Não sabia os valores normais do colesterol e tensão arterial

**7. Existe alguma questão que considerem ter nenhuma ou mais de uma resposta certa? Porquê?**



No segundo teste (Literacia em saúde):

6:

Questão 18 – a) e b)

Questão 29 - penso que todas estão corretas porque se o Miguel era um aluno bom, descer assim de repente é preocupante e indícios de que algo não está a correr bem e por isso poderá logo ser bem perguntar a um especialista. O fato de esconder o vício do jogo e a crescente tolerância ao álcool o sugerem (que necessita de ajuda). Todas as respostas estão relacionadas entre si.

Questão 31 – a) e c)

Questão 40 – b) e d)

Questão 45 – todas

5:

Questão 16 – b) e d)

Questão 29 – c) e d)

Questão 30 – a) e b)

Questão 38 – a) e d)

4:

Questão 12 – a) e b)

2:

Questão 3 – a) e d)

Questão 5 – todas

Questão 8 – todas

Questão 48 – a) e b)

**8. Existe alguma questão ou resposta que achem que faria mais sentido fazer de outra forma? Como seria melhor?**

Não.

**9. Por favor, acrescentem qualquer comentário que achem pertinente e que possa ajudar a melhorar o questionário.**

Talvez se houvesse o significado ou as causas / efeitos de algumas doenças que aparecem.



## **ANEXO VI**

**Validação cultural realizada pelo painel de peritos**



## PERITO 1

### Escala de equivalência

Refira se considera existir equivalência entre o texto original em Inglês e a sua tradução em Português (respeitando a respetiva adaptação cultural).

#### **Avaliação:**

Não equivalente: -1

Indeciso: 0

Equivalente: 1

Texto original: A

Texto traduzido para português: B

#### **Nome da escala:**

**A:** Adolescent Health Promoting Scale

**B:** Escala de Promoção de Saúde na Adolescência

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Texto introdutório à escala:**

**A:** This questionnaire contains statements regarding your present way of life or personal habits. Please respond to each item as accurately as possible, and try not to skip any item. Please fill in the available blank that you did during this year.

**B:** Este questionário contém afirmações respeitantes ao seu modo de vida actual ou hábitos pessoais. Por favor responda a cada item com o máximo rigor possível, e tente não saltar nenhum item. Por favor, preencha o espaço em branco de acordo com o que fez este ano.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	<b>estilo de vida – em vez de modo de vida durante este ano em vez de este ano</b>

#### **Escala:**

**A:** Never: 0-10%; Sometimes: 11-30%; Half: 31-60%; Often: 61-80%; Always: 81-100%

**B:** Nunca: 0-10%; Às vezes: 11-30%; Metade: 31-60%; Muitas vezes: 61-80%; Sempre: 81-100%

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Item 1:**

**A:** I eat three meals daily.

**B:** Como três refeições diariamente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	<b>por dia em vez de diariamente</b>

#### **Item 2:**

**A:** I choose foods without too much oil.

**B:** Escolho comidas sem muitos óleos.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		

1	X	
---	---	--

**Item 3:**

**A:** Include dietary fiber (e.g. fruits or vegetables).

**B:** Incluo fibras alimentares na minha dieta (ex. frutas ou vegetais).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 4:**

**A:** Drink at least 1500 cc of water daily (or 6-8 cups).

**B:** Bebo pelo menos 1,5 L de água diariamente (ou 6-8 copos).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	por dia em vez de diariamente

**Item 5:**

**A:** Each meal includes five food groups. (e.g. Bread, meat, milk, fruit, vegetable).

**B:** Incluo cinco grupos alimentares em cada refeição (ex. pão, carne, leite, fruta, vegetais).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 6:**

**A:** Eat breakfast daily.

**B:** Tomo o pequeno-almoço diariamente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	todos os dias tomo o pequeno almoço

**Item 7:**

**A:** I speak up & share my feelings with others.

**B:** Partilho e falo sobre os meus sentimentos com os outros.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 8:**

**A:** I care about other people.

**B:** Preocupo-me com as outras pessoas.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 9:**

**A:** I talk about my concerns with others.

**B:** Falo sobre as minhas preocupações com os outros.

Escala de equivalência		Observações
-1		

0		
1	<b>X</b>	

**Item 10:**

**A:** Make an effort to smile or laugh every day.

**B:** Esforço-me para sorrir ou rir todos os dias.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	<b>Todos os dias esforço me por sorrir ou rir</b>

**Item 11:**

**A:** Enjoy keeping in touch with relatives.

**B:** Gosto de manter o contacto com os meus familiares.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 12:**

**A:** Make an effort to have good friendships.

**B:** Esforço-me para ter boas amizades.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 13:**

**A:** Talk about my troubles to others.

**B:** Falo sobre os meus problemas com os outros.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 14:**

**A:** Read food labels when I shop.

**B:** Leio os rótulos das embalagens alimentares quando faço compras.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	<b>Quando faço compras leio os rótulos das embalagens alimentares</b>

**Item 15:**

**A:** I watch my weight.

**B:** Vigio o meu peso.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	<b>X</b>	<b>ver na reflexão falada - pode ser necessário colocar controlo o meu peso</b>
1		

**Item 16:**

**A:** Discuss my health concerns with a doctor or nurse.

**B:** Discuto as minhas preocupações sobre saúde com um médico ou enfermeiro.

Escala de equivalência		Observações
-1		

0		
1	<b>X</b>	

**Item 17:**

**A:** Observe my body at least monthly.

**B:** Observo o meu corpo pelo menos uma vez por mês.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 18:**

**A:** Brush my teeth and use dental floss after meals.

**B:** Escovo os dentes e uso fio dentário após as refeições.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 19:**

**A:** Wash hands before meals.

**B:** Lavo as mãos antes das refeições.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 20:**

**A:** Read health information.

**B:** Leio informação sobre saúde.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 21:**

**A:** Make an effort to choose foods without preservatives (e.g., an additives on food).

**B:** Esforço-me para escolher comidas sem conservantes. (ex. aditivos na comida).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 22:**

**A:** Make an effort to like myself.

**B:** Esforço-me para gostar de mim próprio/a.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 23:**

**A:** Make an effort to feel happy and content.

**B:** Esforço-me para me sentir feliz e contente.

Escala de equivalência		Observações
-1		



0		
1	<b>x</b>	

**Item 24:**

**A:** I usually think positively.

**B:** Normalmente, penso positivamente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 25:**

**A:** Make an effort to understand my strengths, weaknesses and accept them.

**B:** Esforço-me para compreender as minhas forças e fraquezas e aceitá-las.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 26:**

**A:** Make an attempt to correct my defects.

**B:** Esforço-me para corrigir os meus defeitos.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 27:**

**A:** Make an effort to know what's important for me.

**B:** Esforço-me por saber o que é importante para mim.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 28:**

**A:** Make an effort to feel interesting and challenged every day.

**B:** Esforço-me para ser interessante e aceitar desafios todos os dias.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	<b>X</b>	<b>e de difícil compreensão- - “para me sentir interessante??</b>
1		

**Item 29:**

**A:** Make an effort to believe that my life has purpose.

**B:** Esforço-me por acreditar que a minha vida tem um propósito.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 30:**

**A:** Perform stretching exercise daily.

**B:** Faço alongamentos todos os dias.

Escala de equivalência		Observações
-1		

0		
1	<b>x</b>	

**Item 31:**

**A:** Exercise rigorously 30 minutes at least 3 times per week.

**B:** Faço exercício vigoroso durante 30 minutos pelo menos 3 vezes por semana.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 32:**

**A:** Participate in physical fitness class at school weekly.

**B:** Participo nas aulas de *fitness* da escola semanalmente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 33:**

**A:** Warm up before rigorous exercise.

**B:** Faço aquecimento antes de exercício vigoroso.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 34:**

**A:** Make an effort to stand or sit up straight.

**B:** Esforço-me para estar direito/a quando estou em pé ou sentado/a.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 35:**

**A:** Make an effort to spend time daily for relaxation.

**B:** Esforço-me para passar algum tempo a relaxar diariamente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 36:**

**A:** Make an effort to determine the source of my stress.

**B:** Esforço-me para determinar a fonte do meu stresse.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 37:**

**A:** Make an effort to watch my mood changes.

**B:** Esforço-me por observar as minhas mudanças de humor.

Escala de equivalência		Observações
-1		

0		
1	<b>X</b>	

**Item 38:**

**A:** Sleep for 6-8 hours each night.

**B:** Durmo de 6 a 8 horas todas as noites.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 39:**

**A:** Make schedules and set priorities.

**B:** Faço horários e estabeleço prioridades.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 40:**

**A:** I try not to lose control when things happen that are unfair.

**B:** Tento não perder o controlo quando acontecem coisas injustas.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Itens avaliados:**

**A:** Nutrition; Social Support; Health responsibility; Life appreciation; Exercise; Stress management

**B:** Nutrição; Apoio Social; Responsabilidade na Saúde; Aproveitar a vida; Exercício; Gestão de stresse

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	<b>Apreciar a vida? – aproveitar a vida</b>

### Escala de equivalência

Refira se considera existir equivalência entre o texto original em Inglês e a sua tradução em Português (respeitando a respetiva adaptação cultural).

#### **Avaliação:**

Não equivalente: -1

Indeciso: 0

Equivalente: 1

Texto original: A

Texto traduzido para português: B

#### **Nome da escala:**

**A:** eHealth Literacy Scale

**B:** Escala de Literacia em e-Saúde

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Texto introdutório à escala:**

**A:** I would like to ask you for your opinion and about your experience using the Internet for health information. For each statement, tell me which response best reflects your opinion and experience right now.

**B:** Gostaríamos de lhe pedir a sua opinião e saber sobre a sua experiência em usar a internet para informação sobre saúde. Para cada afirmação, diga-nos qual a resposta que melhor reflecte a sua opinião e experiência neste momento.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Questão 1:**

**A:** How **useful** do you feel the Internet is in helping you in making decisions about your health?

**B:** Até que ponto considera que a internet é **útil** para o/a ajudar a tomar as suas decisões sobre a sua saúde?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Escala da questão 1:**

**A:** Not useful at all; Not usefull; Unsure; Useful; Very useful

**B:** Absolutamente nada útil; Inútil; Não tenho certeza; Útil; Muito útil

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Questão 2:**

**A:** How **important** is it for you to be able to access health resources on the Internet?

**B:** Até que ponto considera **importante** para si poder ter acesso a recursos sobre saúde na internet?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Escala da questão 2:****A:** Not important at all; Not important; Unsure; Important; Very important**B:** Absolutamente nada importante; Nada importante; Não tenho certeza; Importante; Muito importante

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 3:****A:** I know **what** health resources are available on the Internet**B:** Sei **quais** são os recursos sobre saúde disponíveis na internet.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Escala das questão 3 a 10:****A:** Strongly Disagree; Disagree; Undecided; Agree**B:** Discordo totalmente; Discordo; Indeciso; Concordo; Concordo totalmente

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4:****A:** I know **where** to find helpful health resources on the Internet**B:** Sei **onde encontrar** recursos úteis sobre saúde na internet.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 5:****A:** I know **how** to find helpful health resources on the Internet**B:** Sei **como** encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 6:****A:** I know **how to use** the Internet to answer my questions about health**B:** Sei **como usar** a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 7:****A:** I know how to use **the health information** I find on the Internet to help me**B:** Sei como usar a **informação sobre saúde** que eu encontro na internet para me ajudar.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Sei como usar a <b>informação sobre saúde</b> que encontro na internet para me ajudar

**Questão 8:**

**A:** I have the skills I need to **evaluate** the health resources I find on the Internet

**B:** Tenho as capacidades que necessito para **avaliar** os recursos sobre saúde que eu encontro na internet

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Tenho as capacidades que necessito para <b>avaliar</b> os recursos sobre saúde que encontro na internet

**Questão 9:**

**A:** I can tell **high quality** health resources from **low quality** health resources on the Internet

**B:** Sei distinguir os recursos de **boa qualidade** dos de **fraca qualidade** entre os recursos sobre saúde da internet.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 10:**

**A:** I feel **confident** in using information from the Internet to make health decisions

**B:** Sinto-me **confiante** ao usar informação da internet para tomar decisões sobre saúde).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

### Escala de equivalência

Refira se considera existir equivalência entre o texto original em Inglês e a sua tradução em Português (respeitando a respetiva adaptação cultural).

#### **Avaliação:**

Não equivalente: -1

Indeciso: 0

Equivalente: 1

Texto original: A

Texto traduzido para português: B

#### **Nome da escala:**

**A:** Health Literacy Questionnaire for Children

**B:** Questionário de Literacia em Saúde para Crianças

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Texto introdutório à escala:**

**A:** Please complete this questionnaire as fully as possible to help us better understand how you receive health information and how this can be improved in the future.

**B:** Por favor complete este questionário o mais completo possível para nos ajudar a melhor compreender como recebe informação sobre saúde e como isso pode ser melhorado no futuro.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Grupo de questões I:**

**A:** Personal Demographics

**B:** Informação Pessoal

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	<b>dados demográficos</b>

#### **Questão 1.1:**

**A:** What is your gender?

**B:** Qual é o seu sexo?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Opções de resposta da questão 1.1:**

**A:** Male; Female

**B:** Masculino; Feminino

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 1.2:****A:** How old are you?**B:** Que idade tem?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Opções de resposta da questão 1.2:****A:** <12; 12-15; 16-18; 18>**B:** <12; 12-15; 16-18; 18>

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 1.3:****A:** What city do you live in?**B:** Em que cidade vive?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 1.6:** (nota: não existem as questões 1.4 e 1.5)**A:** What ethnicity do you consider yourself? (check all that apply)**B:** A que etnia considera pertencer (escolha todas as que se aplicam)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		<b>será que faz sentido esta questão e desta forma? Não sendo da escala poderá ser importante reformula la</b>
1		

**Opções de resposta da questão 1.6:****A:** Greek; Albanian; Asian; Russian; Other**B:** Grega; Albanesa; Asiática; Russa; Outra

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Grupo de questões II:****A:** Reason for Visit to Hospital/Doctor**B:** Razão para Visitar o Hospital / Médico

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 2.1:****A:** When was the last time you went to a doctor? (month/year)**B:** Quando foi ao médico pela última vez? (mês / ano)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	



**Questão 2.2:****A:** What type of doctor did you visit? (check ONE)**B:** Que tipo de médico visitou? (selecione apenas UM)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	<b>a que tipo de consulta medica foi</b>

**Opções de resposta da questão 2.2:****A:** General practitioner; Pediatrician; Orthodontist / Dentist; Other Specialized doctor (indicate specialty)**B:** Médico de medicina geral e familiar; Pediatra; Ortodontista / dentista; Outro médico especialista (indique a especialidade)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 2.3:****A:** How often have you visited the hospital or doctor in the **last six months**?**B:** Quantas vezes foi ao hospital ou ao médico nos **últimos seis meses**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	<b>em Portugal pode ser confusa pois tem duas ideias em simultâneo,</b>

**Opções de resposta da questão 2.3:****A:** no other time; 1-2 times; 3 or more times**B:** nenhuma; 1-2 vezes; 3 ou mais vezes

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 2.4:****A:** Was your visit for the **same reason(s)** you stated above (in 1)?**B:** Essa(s) visita(s) foi(ram) pela(s) mesma(s) razão(ões) referida(s) em 1?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	<b>x</b>	<b>difícil de entender para responder</b>
1		

**Opções de resposta da questão 2.4 e 2.5:****A:** Yes; No; Not sure**B:** Sim; Não; Não tenho a certeza

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 2.5:****A:** Did you request to see the Doctor?**B:** Foi você que pediu para ir ao médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 2.6:****A:** If “no” (in #5) who decided for you to see the Doctor?**B:** Se respondeu “não” na pergunta anterior (5), quem decidiu que devia ir ao médico?

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Opções de resposta da questão 2.6:****A:** my parent; other (list)**B:** Os meus pais; Outra pessoa (indique)

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Grupo de questões III:****A:** Health Literacy Questions**B:** Questões sobre literacia em saúde

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Questão 3.1:****A:** From where do you acquire pamphlets / brochures?**B:** Onde adquiro panfletos / brochuras?

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Opções de resposta da questão 3.1:****A:** I don't; Doctor; Pharmacist; Hospital; Other (list)**B:** Não adquiro; No médico; Na farmácia; No hospital; Outro local (indique)

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Questão 3.2:****A:** Who is the first person you talk to when you have a health problem (when you are sick)? (List & your relation with them)**B:** Quem é a primeira pessoa com quem fala quando tem um problema de saúde (quando está doente)? (indique e refira a sua relação com essa pessoa)

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Questão 3.3:****A:** What health topics have you received any health information for in the past year? (check all that apply)**B:** Sobre que tópicos de saúde recebeu alguma informação de saúde no último ano? (escolha todas as opções que se aplicam)

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Opções de resposta da questão 3.3:**

**A:** Healthy mouth (teeth and gums); Sexual health (STDs, HIV/AIDS); Nutrition; Exercise; Smoking (quitting); Particular health topic (like diabetes)–List; Other (list)

**B:** Saúde oral (dentes e gengivas); Saúde sexual (DSTs, HIV/SIDA); Nutrição; Exercício físico; Fumar (deixar de); Tópico específico (p.ex.: diabetes)- indicar; Outro (indicar)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Escala dos itens 4 a 19:**

**A:** Not at all; Rarely; Sometimes; Often; Always

**B:** Nunca; Raramente; Às vezes; Muitas vezes; Sempre

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 4:**

**A:** Do you get health information from your **pharmacist**?

**B:** Recebe informação sobre saúde do seu **farmacêutico**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 5:**

**A:** Do you get health information from **television**?

**B:** Recebe informação sobre saúde da **televisão**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 6:**

**A:** Do you get health information from **popular magazines**?

**B:** Recebe informação sobre saúde de **revistas**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 7:**

**A:** Do you get health information from you **doctor**?

**B:** Recebe informação sobre saúde do seu **médico**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 8:**

**A:** Do you get health information from the **internet**?

**B:** Recebe informação sobre saúde da **internet**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		

1	x	
---	---	--

**Item 9:**

**A:** Do you get health information from your **family** (parents)?

**B:** Recebe informação sobre saúde da **família** (pais)?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 10:**

**A:** Do you get health information from your **friends**?

**B:** Recebe informação sobre saúde de **amigos**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 11:**

**A:** Do you get health information from **pamphlets / brochures** (given to you at the office or hospital)?

**B:** Recebe informação sobre saúde de **panfletos/brochuras**? (fornecidos no consultório médico ou hospital)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 12:**

**A:** Do you read the pamphlets once you have picked them up?

**B:** Lê os panfletos assim que os recebe?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 13:**

**A:** Does the person who handed you the pamphlet / brochure go through it with you?

**B:** A pessoa que lhe entrega os panfletos/brochuras vê-os consigo?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 14:**

**A:** Do you find the information in the pamphlets / brochures useful (helpful)?

**B:** Considera que a informação nos panfletos/brochuras é útil?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 15:**

**A:** Do you feel **comfortable** talking to your doctor?

**B:** Sente-se **à-vontade** quando fala com o seu médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 16:****A:** Does your Doctor answer all your questions?**B:** O seu médico responde-lhe a todas as suas perguntas?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 17:****A:** Do you understand the **directions** given to you by your doctor?**B:** Compreende as **indicações** dadas pelo seu médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 18:****A:** Do you follow doctor's **advice/orders**?**B:** Segue os **conselhos/ordens** dados pelo seu médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 19:****A:** Do others influence the way you follow doctor's orders?**B:** As outras pessoas influenciam a forma como segue os conselhos do médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 20:****A:** Add any additional comments**B:** Acrescente algum comentário adicional

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Grupo de questões IV:****A:** Follow up information (optional)**B:** Informação para seguimento (Opcional)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Indicações do Grupo IV:****A:** We would like to follow-up with you for any future research related to this topic. With your permission, please provide us with your contact information and preferred times of contact.**B:** Gostaríamos de poder continuar a dar seguimento a este estudo consigo, no âmbito de pesquisas futuras sobre este tópico. Com a sua permissão, por favor forneça a sua informação para contacto e horário preferencial para contacto.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4.1:****A:** Name**B:** Nome

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4.2:****A:** Telephone(s)**B:** Telefone

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4.3:****A:** Address**B:** Morada

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4.4:****A:** Best times to contact you?**B:** Melhor horário para ser contactado

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Opções de resposta da questão 4.4:****A:** Anytime; Mornings**B:** Qualquer hora; Manhãs; Tardes

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Indicações finais:****A:** Please return the COMPLETED survey to your teacher/professor**B:** Por favor devolva o questionário PREENCHIDO ao seu professor

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

## PERITO 2

### Escala de equivalência

Refira se considera existir equivalência entre o texto original em Inglês e a sua tradução em Português (respeitando a respetiva adaptação cultural).

#### **Avaliação:**

Não equivalente: -1

Indeciso: 0

Equivalente: 1

Texto original: A

Texto traduzido para português: B

#### **Nome da escala:**

**A:** Adolescent Health Promoting Scale

**B:** Escala de Promoção de Saúde na Adolescência

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Texto introdutório à escala:**

**A:** This questionnaire contains statements regarding your present way of life or personal habits. Please respond to each item as accurately as possible, and try not to skip any item. Please fill in the available blank that you did during this year.

**B:** Este questionário contém afirmações respeitantes ao seu modo de vida actual ou hábitos pessoais. Por favor responda a cada item com o máximo rigor possível, e tente não saltar nenhum item. Por favor, preencha o espaço em branco de acordo com o que fez este ano.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	<b>Ver acordo ortográfico</b>

#### **Escala:**

**A:** Never: 0-10%; Sometimes: 11-30%; Half: 31-60%; Often: 61-80%; Always: 81-100%

**B:** Nunca: 0-10%; Às vezes: 11-30%; Metade: 31-60%; Muitas vezes: 61-80%; Sempre: 81-100%

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

#### **Item 1:**

**A:** I eat three meals daily.

**B:** Como três refeições diariamente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

#### **Item 2:**

**A:** I choose foods without too much oil.

**B:** Escolho comidas sem muitos óleos.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 3:****A:** Include dietary fiber (e.g. fruits or vegetables).**B:** Incluo fibras alimentares na minha dieta (ex. frutas ou vegetais).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 4:****A:** Drink at least 1500 cc of water daily (or 6-8 cups).**B:** Bebo pelo menos 1,5 L de água diariamente (ou 6-8 copos).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 5:****A:** Each meal includes five food groups. (e.g. Bread, meat, milk, fruit, vegetable).**B:** Incluo cinco grupos alimentares em cada refeição(ex. pão, carne, leite, fruta, vegetais).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 6:****A:** Eat breakfast daily.**B:** Tomo o pequeno-almoço diariamente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 7:****A:** I speak up & share my feelings with others.**B:** Partilho e falo sobre os meus sentimentos com os outros.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 8:****A:** I care about other people.**B:** Preocupo-me com as outras pessoas.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 9:****A:** I talk about my concerns with others.**B:** Falo sobre as minhas preocupações com os outros.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	



**Item 10:****A:** Make an effort to smile or laugh every day.**B:** Esforço-me para sorrir ou rir todos os dias.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 11:****A:** Enjoy keeping in touch with relatives.**B:** Gosto de manter o contacto com os meus familiares.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 12:****A:** Make an effort to have good friendships.**B:** Esforço-me para ter boas amizades.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 13:****A:** Talk about my troubles to others.**B:** Falo sobre os meus problemas com os outros.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 14:****A:** Read food labels when I shop.**B:** Leio os rótulos das embalagens alimentares quando faço compras.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 15:****A:** I watch my weight.**B:** Vigio o meu peso.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 16:****A:** Discuss my health concerns with a doctor or nurse.**B:** Discuto as minhas preocupações sobre saúde com um médico ou enfermeiro.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 17:****A:** Observe my body at least monthly.**B:** Observo o meu corpo pelo menos uma vez por mês.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 18:****A:** Brush my teeth and use dental floss after meals.**B:** Escovo os dentes e uso fio dentário após as refeições.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 19:****A:** Wash hands before meals.**B:** Lavo as mãos antes das refeições.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 20:****A:** Read health information.**B:** Leio informação sobre saúde.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 21:****A:** Make an effort to choose foods without preservatives (e.g., an additives on food).**B:** Esforço-me para escolher comidas sem conservantes. (ex. aditivos na comida).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 22:****A:** Make an effort to like myself.**B:** Esforço-me para gostar de mim próprio/a.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	Eventualmente “esforço-me por gostar de mim...”

**Item 23:****A:** Make an effort to feel happy and content.**B:** Esforço-me para me sentir feliz e contente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 24:****A:** I usually think positively.**B:** Normalmente, penso positivamente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 25:****A:** Make an effort to understand my strengths, weaknesses and accept them.**B:** Esforço-me para compreender as minhas forças e fraquezas e aceitá-las.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 26:****A:** Make an attempt to correct my defects.**B:** Esforço-me para corrigir os meus defeitos.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 27:****A:** Make an effort to know what's important for me.**B:** Esforço-me por saber o que é importante para mim.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 28:****A:** Make an effort to feel interesting and challenged every day.**B:** Esforço-me para ser interessante e aceitar desafios todos os dias.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 29:****A:** Make an effort to believe that my life has purpose.**B:** Esforço-me por acreditar que a minha vida tem um propósito.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 30:****A:** Perform stretching exercise daily.**B:** Faço alongamentos todos os dias.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 31:****A:** Exercise rigorously 30 minutes at least 3 times per week.**B:** Faço exercício vigoroso durante 30 minutos pelo menos 3 vezes por semana.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 32:****A:** Participate in physical fitness class at school weekly.**B:** Participo nas aulas de *fitness* da escola semanalmente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 33:****A:** Warm up before rigorous exercise.**B:** Faço aquecimento antes de exercício vigoroso.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 34:****A:** Make an effort to stand or sit up straight.**B:** Esforço-me para estar direito/a quando estou em pé ou sentado/a.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 35:****A:** Make an effort to spend time daily for relaxation.**B:** Esforço-me para passar algum tempo a relaxar diariamente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 36:****A:** Make an effort to determine the source of my stress.**B:** Esforço-me para determinar a fonte do meu stresse.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 37:****A:** Make an effort to watch my mood changes.**B:** Esforço-me por observar as minhas mudanças de humor.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 38:****A:** Sleep for 6-8 hours each night.**B:** Durmo de 6 a 8 horas todas as noites.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 39:****A:** Make schedules and set priorities.**B:** Faço horários e estabeleço prioridades.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Item 40:****A:** I try not to lose control when things happen that are unfair.**B:** Tento não perder o controle quando acontecem coisas injustas.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Itens avaliados:****A:** Nutrition; Social Support; Health responsibility; Life appreciation; Exercise; Stress management**B:** Nutrição; Apoio Social; Responsabilidade na Saúde; Aproveitar a vida; Exercício; Gestão de stresse

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

### Escala de equivalência

Refira se considera existir equivalência entre o texto original em Inglês e a sua tradução em Português (respeitando a respetiva adaptação cultural).

#### **Avaliação:**

Não equivalente: -1

Indeciso: 0

Equivalente: 1

Texto original: A

Texto traduzido para português: B

#### **Nome da escala:**

**A:** eHealth Literacy Scale

**B:** Escala de Literacia em e-Saúde

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Texto introdutório à escala:**

**A:** I would like to ask you for your opinion and about your experience using the Internet for health information. For each statement, tell me which response best reflects your opinion and experience right now.

**B:** Gostaríamos de lhe pedir a sua opinião e saber sobre a sua experiência em usar a internet para informação sobre saúde. Para cada afirmação, diga-nos qual a resposta que melhor reflecte a sua opinião e experiência neste momento.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Questão 1:**

**A:** How **useful** do you feel the Internet is in helping you in making decisions about your health?

**B:** Até que ponto considera que a internet é **útil** para o/a ajudar a tomar as suas decisões sobre a sua saúde?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Escala da questão 1:**

**A:** Not useful at all; Not usefull; Unsure; Useful; Very useful

**B:** Absolutamente nada útil; Inútil; Não tenho certeza; Útil; Muito útil

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Questão 2:**

**A:** How **important** is it for you to be able to access health resources on the Internet?

**B:** Até que ponto considera **importante** para si poder ter acesso a recursos sobre saúde na internet?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Escala da questão 2:****A:** Not important at all; Not important; Unsure; Important; Very important**B:** Absolutamente nada importante; Nada importante; Não tenho certeza; Importante; Muito importante

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 3:****A:** I know **what** health resources are available on the Internet**B:** Sei **quais** são os recursos sobre saúde disponíveis na internet.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Escala das questão 3 a 10:****A:** Strongly Disagree; Disagree; Undecided; Agree**B:** Discordo totalmente; Discordo; Indeciso; Concordo; Concordo totalmente

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4:****A:** I know **where** to find helpful health resources on the Internet**B:** Sei **onde encontrar** recursos úteis sobre saúde na internet.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 5:****A:** I know **how** to find helpful health resources on the Internet**B:** Sei **como** encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 6:****A:** I know **how to use** the Internet to answer my questions about health**B:** Sei **como usar** a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 7:****A:** I know how to use **the health information** I find on the Internet to help me**B:** Sei como usar a **informação sobre saúde** que eu encontro na internet para me ajudar.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 8:**

**A:** I have the skills I need to **evaluate** the health resources I find on the Internet

**B:** Tenho as capacidades que necessito para **avaliar** os recursos sobre saúde que eu encontro na internet

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 9:**

**A:** I can tell **high quality** health resources from **low quality** health resources on the Internet

**B:** Sei distinguir os recursos de **boa qualidade** dos de **fraca qualidade** entre os recursos sobre saúde da internet.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 10:**

**A:** I feel **confident** in using information from the Internet to make health decisions

**B:** Sinto-me **confiante** ao usar informação da internet para tomar decisões sobre saúde).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	



### **Escala de equivalência**

Refira se considera existir equivalência entre o texto original em Inglês e a sua tradução em Português (respeitando a respetiva adaptação cultural).

#### **Avaliação:**

Não equivalente: -1

Indeciso: 0

Equivalente: 1

Texto original: A

Texto traduzido para português: B

#### **Nome da escala:**

**A:** Health Literacy Questionnaire for Children

**B:** Questionário de Literacia em Saúde para Crianças

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Texto introdutório à escala:**

**A:** Please complete this questionnaire as fully as possible to help us better understand how you receive health information and how this can be improved in the future.

**B:** Por favor complete este questionário o mais completo possível para nos ajudar a melhor compreender como recebe informação sobre saúde e como isso pode ser melhorado no futuro.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Grupo de questões I:**

**A:** Personal Demographics

**B:** Informação Pessoal

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Questão 1.1:**

**A:** What is your gender?

**B:** Qual é o seu sexo?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Opções de resposta da questão 1.1:**

**A:** Male; Female

**B:** Masculino; Feminino

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 1.2:****A:** How old are you?**B:** Que idade tem?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Opções de resposta da questão 1.2:****A:** <12; 12-15; 16-18; 18>**B:** <12; 12-15; 16-18; 18>

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Questão 1.3:****A:** What city do you live in?**B:** Em que cidade vive?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Questão 1.6:** (nota: não existem as questões 1.4 e 1.5)**A:** What ethnicity do you consider yourself? (check all that apply)**B:** A que etnia considera pertencer (escolha todas as que se aplicam)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Opções de resposta da questão 1.6:****A:** Greek; Albanian; Asian; Russian; Other**B:** Grega; Albanesa; Asiática; Russa; Outra

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

x

**Grupo de questões II:****A:** Reason for Visit to Hospital/Doctor**B:** Razão para Visitar o Hospital / Médico

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Questão 2.1:****A:** When was the last time you went to a doctor? (month/year)**B:** Quando foi ao médico pela última vez? (mês / ano)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Questão 2.2:****A:** What type of doctor did you visit? (check ONE)**B:** Que tipo de médico visitou? (selecione apenas UM)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Opções de resposta da questão 2.2:****A:** General practitioner; Pediatrician; Orthodontist / Dentist; Other Specialized doctor (indicate specialty)**B:** Médico de medicina geral e familiar; Pediatra; Ortodontista / dentista; Outro médico especialista (indique a especialidade)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 2.3:****A:** How often have you visited the hospital or doctor in the **last six months**?**B:** Quantas vezes foi ao hospital ou ao médico nos **últimos seis meses**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Opções de resposta da questão 2.3:****A:** no other time; 1-2 times; 3 or more times**B:** nenhuma; 1-2 vezes; 3 ou mais vezes

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 2.4:****A:** Was your visit for the **same reason(s)** you stated above (in 1)?**B:** Essa(s) visita(s) foi(ram) pela(s) mesma(s) razão(ões) referida(s) em 1?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Opções de resposta da questão 2.4 e 2.5:****A:** Yes; No; Not sure**B:** Sim; Não; Não tenho a certeza

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	<b>x</b>	<b>Foram realizadas....</b>
1		

**Questão 2.5:****A:** Did you request to see the Doctor?**B:** Foi você que pediu para ir ao médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 2.6:****A:** If “no” (in #5) who decided for you to see the Doctor?**B:** Se respondeu “não” na pergunta anterior (5), quem decidiu que devia ir ao médico?

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Opções de resposta da questão 2.6:****A:** my parent; other (list)**B:** Os meus pais; Outra pessoa (indique)

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Grupo de questões III:****A:** Health Literacy Questions**B:** Questões sobre literacia em saúde

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Questão 3.1:****A:** From where do you acquire pamphlets / brochures?**B:** Onde adquiro panfletos / brochuras?

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Opções de resposta da questão 3.1:****A:** I don't; Doctor; Pharmacist; Hospital; Other (list)**B:** Não adquiro; No médico; Na farmácia; No hospital; Outro local (indique)

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Questão 3.2:****A:** Who is the first person you talk to when you have a health problem (when you are sick)? (List & your relation with them)**B:** Quem é a primeira pessoa com quem fala quando tem um problema de saúde (quando está doente)? (indique e refira a sua relação com essa pessoa)

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Questão 3.3:****A:** What health topics have you received any health information for in the past year? (check all that apply)**B:** Sobre que tópicos de saúde recebeu alguma informação de saúde no último ano? (escolha todas as opções que se aplicam)

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Opções de resposta da questão 3.3:**

**A:** Healthy mouth (teeth and gums); Sexual health (STDs, HIV/AIDS); Nutrition; Exercise; Smoking (quitting); Particular health topic (like diabetes)–List; Other (list)

**B:** Saúde oral (dentes e gengivas); Saúde sexual (DSTs, HIV/SIDA); Nutrição; Exercício físico; Fumar (deixar de); Tópico específico (p.ex.: diabetes)- indicar; Outro (indicar)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Escala dos itens 4 a 19:**

**A:** Not at all; Rarely; Sometimes; Often; Always

**B:** Nunca; Raramente; Às vezes; Muitas vezes; Sempre

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 4:**

**A:** Do you get health information from your **pharmacist**?

**B:** Recebe informação sobre saúde do seu **farmacêutico**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 5:**

**A:** Do you get health information from **television**?

**B:** Recebe informação sobre saúde da **televisão**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 6:**

**A:** Do you get health information from **popular magazines**?

**B:** Recebe informação sobre saúde de **revistas**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 7:**

**A:** Do you get health information from you **doctor**?

**B:** Recebe informação sobre saúde do seu **médico**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 8:**

**A:** Do you get health information from the **internet**?

**B:** Recebe informação sobre saúde da **internet**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		

1	x	
---	---	--

**Item 9:**

**A:** Do you get health information from your **family** (parents)?

**B:** Recebe informação sobre saúde da **família** (pais)?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 10:**

**A:** Do you get health information from your **friends**?

**B:** Recebe informação sobre saúde de **amigos**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 11:**

**A:** Do you get health information from **pamphlets / brochures** (given to you at the office or hospital)?

**B:** Recebe informação sobre saúde de **panfletos/brochuras**? (fornecidos no consultório médico ou hospital)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 12:**

**A:** Do you read the pamphlets once you have picked them up?

**B:** Lê os panfletos assim que os recebe?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 13:**

**A:** Does the person who handed you the pamphlet / brochure go through it with you?

**B:** A pessoa que lhe entrega os panfletos/brochuras vê-os consigo?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	x	Vê-os/lê-os
1		

**Item 14:**

**A:** Do you find the information in the pamphlets / brochures useful (helpful)?

**B:** Considera que a informação nos panfletos/brochuras é útil?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 15:**

**A:** Do you feel **comfortable** talking to your doctor?

**B:** Sente-se **à-vontade** quando fala com o seu médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 16:****A:** Does your Doctor answer all your questions?**B:** O seu médico responde-lhe a todas as suas perguntas?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 17:****A:** Do you understand the **directions** given to you by your doctor?**B:** Compreende as **indicações** dadas pelo seu médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 18:****A:** Do you follow doctor's **advice/orders**?**B:** Segue os **conselhos/ordens** dados pelo seu médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 19:****A:** Do others influence the way you follow doctor's orders?**B:** As outras pessoas influenciam a forma como segue os conselhos do médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 20:****A:** Add any additional comments**B:** Acrescente algum comentário adicional

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Grupo de questões IV:****A:** Follow up information (optional)**B:** Informação para seguimento (Opcional)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Indicações do Grupo IV:****A:** We would like to follow-up with you for any future research related to this topic. With your permission, please provide us with your contact information and preferred times of contact.**B:** Gostaríamos de poder continuar a dar seguimento a este estudo consigo, no âmbito de pesquisas futuras sobre este tópico. Com a sua permissão, por favor forneça a sua informação para contacto e horário preferencial para contacto.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4.1:****A:** Name**B:** Nome

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4.2:****A:** Telephone(s)**B:** Telefone

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4.3:****A:** Address**B:** Morada

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4.4:****A:** Best times to contact you?**B:** Melhor horário para ser contactado

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Opções de resposta da questão 4.4:****A:** Anytime; Mornings**B:** Qualquer hora; Manhãs; Tardes

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Indicações finais:****A:** Please return the COMPLETED survey to your teacher/professor**B:** Por favor devolva o questionário PREENCHIDO ao seu professor

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	



### PERITO 3

#### Escala de equivalência

Refira se considera existir equivalência entre o texto original em Inglês e a sua tradução em Português (respeitando a respetiva adaptação cultural).

#### **Avaliação:**

Não equivalente: -1

Indeciso: 0

Equivalente: 1

Texto original: A

Texto traduzido para português: B

#### **Nome da escala:**

**A:** Adolescent Health Promoting Scale

**B:** Escala de Promoção de Saúde na Adolescência

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

#### **Texto introdutório à escala:**

**A:** This questionnaire contains statements regarding your present way of life or personal habits. Please respond to each item as accurately as possible, and try not to skip any item. Please fill in the available blank that you did during this year.

**B:** Este questionário contém afirmações respeitantes ao seu modo de vida actual ou hábitos pessoais. Por favor responda a cada item com o máximo rigor possível, e tente não saltar nenhum item. Por favor, preencha o espaço em branco de acordo com o que fez este ano.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	Mas retirava a expressão “ao seu modo de vida actual ou”

#### **Escala:**

**A:** Never: 0-10%; Sometimes: 11-30%; Half: 31-60%; Often: 61-80%; Always: 81-100%

**B:** Nunca: 0-10%; Às vezes: 11-30%; Metade: 31-60%; Muitas vezes: 61-80%; Sempre: 81-100%

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

#### **Item 1:**

**A:** I eat three meals daily.

**B:** Como três refeições diariamente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

#### **Item 2:**

**A:** I choose foods without too much oil.

**B:** Escolho comidas sem muitos óleos.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	Colocava no singular a expressão “muitos óleos”

**Item 3:****A:** Include dietary fiber (e.g. fruits or vegetables).**B:** Incluo fibras alimentares na minha dieta (ex. frutas ou vegetais).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 4:****A:** Drink at least 1500 cc of water daily (or 6-8 cups).**B:** Bebo pelo menos 1,5 L de água diariamente (ou 6-8 copos).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 5:****A:** Each meal includes five food groups. (e.g. Bread, meat, milk, fruit, vegetable).**B:** Incluo cinco grupos alimentares em cada refeição(ex. pão, carne, leite, fruta, vegetais).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 6:****A:** Eat breakfast daily.**B:** Tomo o pequeno-almoço diariamente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 7:****A:** I speak up & share my feelings with others.**B:** Partilho e falo sobre os meus sentimentos com os outros.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 8:****A:** I care about other people.**B:** Preocupo-me com as outras pessoas.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 9:****A:** I talk about my concerns with others.**B:** Falo sobre as minhas preocupações com os outros.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 10:****A:** Make an effort to smile or laugh every day.**B:** Esforço-me para sorrir ou rir todos os dias.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	Mas sugiro “Faço um esforço...”. Considero que a expressão “esforço-me” deve ser substituído em todas as frases pela sugerida

**Item 11:****A:** Enjoy keeping in touch with relatives.**B:** Gosto de manter o contacto com os meus familiares.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 12:****A:** Make an effort to have good friendships.**B:** Esforço-me para ter boas amizades.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 13:****A:** Talk about my troubles to others.**B:** Falo sobre os meus problemas com os outros.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 14:****A:** Read food labels when I shop.**B:** Leio os rótulos das embalagens alimentares quando faço compras.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 15:****A:** I watch my weight.**B:** Vigio o meu peso.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 16:****A:** Discuss my health concerns with a doctor or nurse.**B:** Discuto as minhas preocupações sobre saúde com um médico ou enfermeiro.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 17:****A:** Observe my body at least monthly.**B:** Observo o meu corpo pelo menos uma vez por mês.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 18:****A:** Brush my teeth and use dental floss after meals.**B:** Escovo os dentes e uso fio dentário após as refeições.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 19:****A:** Wash hands before meals.**B:** Lavo as mãos antes das refeições.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 20:****A:** Read health information.**B:** Leio informação sobre saúde.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 21:****A:** Make an effort to choose foods without preservatives (e.g., an additives on food).**B:** Esforço-me para escolher comidas sem conservantes. (ex. aditivos na comida).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 22:****A:** Make an effort to like myself.**B:** Esforço-me para gostar de mim próprio/a.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 23:****A:** Make an effort to feel happy and content.**B:** Esforço-me para me sentir feliz e contente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 24:****A:** I usually think positively.**B:** Normalmente, penso positivamente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 25:****A:** Make an effort to understand my strengths, weaknesses and accept them.**B:** Esforço-me para compreender as minhas forças e fraquezas e aceitá-las.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 26:****A:** Make an attempt to correct my defects.**B:** Esforço-me para corrigir os meus defeitos.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 27:****A:** Make an effort to know what's important for me.**B:** Esforço-me por saber o que é importante para mim.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 28:****A:** Make an effort to feel interesting and challenged every day.**B:** Esforço-me para ser interessante e aceitar desafios todos os dias.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 29:****A:** Make an effort to believe that my life has purpose.**B:** Esforço-me por acreditar que a minha vida tem um propósito.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 30:****A:** Perform stretching exercise daily.**B:** Faço alongamentos todos os dias.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 31:****A:** Exercise rigorously 30 minutes at least 3 times per week.**B:** Faço exercício vigoroso durante 30 minutos pelo menos 3 vezes por semana.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 32:****A:** Participate in physical fitness class at school weekly.**B:** Participo nas aulas de *fitness* da escola semanalmente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	<b>Substituir a palavra nas “nas aulas” por em “em aulas” para melhora a construção frásica</b>

**Item 33:****A:** Warm up before rigorous exercise.**B:** Faço aquecimento antes de exercício vigoroso.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 34:****A:** Make an effort to stand or sit up straight.**B:** Esforço-me para estar direito/a quando estou em pé ou sentado/a.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 35:****A:** Make an effort to spend time daily for relaxation.**B:** Esforço-me para passar algum tempo a relaxar diariamente.

Escala de equivalência		Observações
-1	<b>x</b>	<b>Faço um esforço por diariamente passar um tempo a relaxar</b>
0		
1		

**Item 36:****A:** Make an effort to determine the source of my stress.**B:** Esforço-me para determinar a fonte do meu stresse.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 37:****A:** Make an effort to watch my mood changes.**B:** Esforço-me por observar as minhas mudanças de humor.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 38:****A:** Sleep for 6-8 hours each night.**B:** Durmo de 6 a 8 horas todas as noites.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 39:****A:** Make schedules and set priorities.**B:** Faço horários e estabeleço prioridades.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 40:****A:** I try not to lose control when things happen that are unfair.**B:** Tento não perder o controle quando acontecem coisas injustas.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Itens avaliados:****A:** Nutrition; Social Support; Health responsibility; Life appreciation; Exercise; Stress management**B:** Nutrição; Apoio Social; Responsabilidade na Saúde; Aproveitar a vida; Exercício; Gestão de stresse

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	Mas acho que o termo "Life appreciation" podia ser substituído por "Valorização da vida"

### Escala de equivalência

Refira se considera existir equivalência entre o texto original em Inglês e a sua tradução em Português (respeitando a respetiva adaptação cultural).

#### **Avaliação:**

Não equivalente: -1

Indeciso: 0

Equivalente: 1

Texto original: A

Texto traduzido para português: B

#### **Nome da escala:**

**A:** eHealth Literacy Scale

**B:** Escala de Literacia em e-Saúde

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Texto introdutório à escala:**

**A:** I would like to ask you for your opinion and about your experience using the Internet for health information. For each statement, tell me which response best reflects your opinion and experience right now.

**B:** Gostaríamos de lhe pedir a sua opinião e saber sobre a sua experiência em usar a internet para informação sobre saúde. Para cada afirmação, diga-nos qual a resposta que melhor reflecte a sua opinião e experiência neste momento.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Questão 1:**

**A:** How **useful** do you feel the Internet is in helping you in making decisions about your health?

**B:** Até que ponto considera que a internet é **útil** para o/a ajudar a tomar as suas decisões sobre a sua saúde?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Escala da questão 1:**

**A:** Not useful at all; Not usefull; Unsure; Useful; Very useful

**B:** Absolutamente nada útil; Inútil; Não tenho certeza; Útil; Muito útil

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	<b>Mas normalmente dizemos “Absolutamente inútil”</b>

#### **Questão 2:**

**A:** How **important** is it for you to be able to access health resources on the Internet?

**B:** Até que ponto considera **importante** para si poder ter acesso a recursos sobre saúde na internet?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	



**Escala da questão 2:****A:** Not important at all; Not important; Unsure; Important; Very important**B:** Absolutamente nada importante; Nada importante; Não tenho certeza; Importante; Muito importante

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 3:****A:** I know **what** health resources are available on the Internet**B:** Sei **quais** são os recursos sobre saúde disponíveis na internet.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Escala das questão 3 a 10:****A:** Strongly Disagree; Disagree; Undecided; Agree**B:** Discordo totalmente; Discordo; Indeciso; Concordo; Concordo totalmente

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4:****A:** I know **where** to find helpful health resources on the Internet**B:** Sei **onde encontrar** recursos úteis sobre saúde na internet.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 5:****A:** I know **how** to find helpful health resources on the Internet**B:** Sei **como** encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 6:****A:** I know **how to use** the Internet to answer my questions about health**B:** Sei **como usar** a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 7:****A:** I know how to use **the health information** I find on the Internet to help me**B:** Sei como usar a **informação sobre saúde** que eu encontro na internet para me ajudar.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 8:**

**A:** I have the skills I need to **evaluate** the health resources I find on the Internet

**B:** Tenho as capacidades que necessito para **avaliar** os recursos sobre saúde que eu encontro na internet

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Questão 9:**

**A:** I can tell **high quality** health resources from **low quality** health resources on the Internet

**B:** Sei distinguir os recursos de **boa qualidade** dos de **fraca qualidade** entre os recursos sobre saúde da internet.

Escala de equivalência		Observações
-1	x	Acho que devem ser utilizados como antónimos “elevada e fraca” ou “boa e má”
0		
1		

**Questão 10:**

**A:** I feel **confident** in using information from the Internet to make health decisions

**B:** Sinto-me **confiante** ao usar informação da internet para tomar decisões sobre saúde).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

### Escala de equivalência

Refira se considera existir equivalência entre o texto original em Inglês e a sua tradução em Português (respeitando a respetiva adaptação cultural).

#### **Avaliação:**

Não equivalente: -1

Indeciso: 0

Equivalente: 1

Texto original: A

Texto traduzido para português: B

#### **Nome da escala:**

**A:** Health Literacy Questionnaire for Children

**B:** Questionário de Literacia em Saúde para Crianças

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Texto introdutório à escala:**

**A:** Please complete this questionnaire as fully as possible to help us better understand how you receive health information and how this can be improved in the future.

**B:** Por favor complete este questionário o mais completo possível para nos ajudar a melhor compreender como recebe informação sobre saúde e como isso pode ser melhorado no futuro.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Grupo de questões I:**

**A:** Personal Demographics

**B:** Informação Pessoal

Escala de equivalência		Observações
-1	<b>x</b>	<b>Dados sociodemográficos</b>
0		
1		

#### **Questão 1.1:**

**A:** What is your gender?

**B:** Qual é o seu sexo?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Opções de resposta da questão 1.1:**

**A:** Male; Female

**B:** Masculino; Feminino

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 1.2:****A:** How old are you?**B:** Que idade tem?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Opções de resposta da questão 1.2:****A:** <12; 12-15; 16-18; 18>**B:** <12; 12-15; 16-18; 18>

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 1.3:****A:** What city do you live in?**B:** Em que cidade vive?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 1.6:** (nota: não existem as questões 1.4 e 1.5)**A:** What ethnicity do you consider yourself? (check all that apply)**B:** A que etnia considera pertencer (escolha todas as que se aplicam)

Escala de equivalência		Observações
-1	<b>x</b>	
0		
1		

**Opções de resposta da questão 1.6:****A:** Greek; Albanian; Asian; Russian; Other**B:** Grega; Albanesa; Asiática; Russa; Outra

Escala de equivalência		Observações
-1	<b>x</b>	<b>Não faz sentido colocar este grupos em Portugal. Sugiro: caucasiana, negra, asiática, indiana, cigana</b>
0		
1		

**Grupo de questões II:****A:** Reason for Visit to Hospital/Doctor**B:** Razão para Visitar o Hospital / Médico

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 2.1:****A:** When was the last time you went to a doctor? (month/year)**B:** Quando foi ao médico pela última vez? (mês / ano)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 2.2:****A:** What type of doctor did you visit? (check ONE)**B:** Que tipo de médico visitou? (selecione apenas UM)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	<b>Embora em português se diga consultou</b>

**Opções de resposta da questão 2.2:****A:** General practitioner; Pediatrician; Orthodontist / Dentist; Other Specialized doctor (indicate specialty)**B:** Médico de medicina geral e familiar; Pediatra; Ortodontista / dentista; Outro médico especialista (indique a especialidade)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Questão 2.3:****A:** How often have you visited the hospital or doctor in the **last six months**?**B:** Quantas vezes foi ao hospital ou ao médico nos **últimos seis meses**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

**Opções de resposta da questão 2.3:****A:** no other time; 1-2 times; 3 or more times**B:** nenhuma; 1-2 vezes; 3 ou mais vezes

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 2.4:****A:** Was your visit for the **same reason(s)** you stated above (in 1)?**B:** Essa(s) visita(s) foi(ram) pela(s) mesma(s) razão(ões) referida(s) em 1?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Opções de resposta da questão 2.4 e 2.5:****A:** Yes; No; Not sure**B:** Sim; Não; Não tenho a certeza

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 2.5:****A:** Did you request to see the Doctor?**B:** Foi você que pediu para ir ao médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 2.6:****A:** If “no” (in #5) who decided for you to see the Doctor?**B:** Se respondeu “não” na pergunta anterior (5), quem decidiu que devia ir ao médico?

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Opções de resposta da questão 2.6:****A:** my parent; other (list)**B:** Os meus pais; Outra pessoa (indique)

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Grupo de questões III:****A:** Health Literacy Questions**B:** Questões sobre literacia em saúde

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Questão 3.1:****A:** From where do you acquire pamphlets / brochures?**B:** Onde adquiro panfletos / brochuras?

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Opções de resposta da questão 3.1:****A:** I don't; Doctor; Pharmacist; Hospital; Other (list)**B:** Não adquiro; No médico; Na farmácia; No hospital; Outro local (indique)

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b> Mas retirava os termos no e na

**Questão 3.2:****A:** Who is the first person you talk to when you have a health problem (when you are sick)? (List & your relation with them)**B:** Quem é a primeira pessoa com quem fala quando tem um problema de saúde (quando está doente)? (indique e refira a sua relação com essa pessoa)

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Questão 3.3:****A:** What health topics have you received any health information for in the past year? (check all that apply)**B:** Sobre que tópicos de saúde recebeu alguma informação de saúde no último ano? (escolha todas as opções que se aplicam)

Escala de equivalência	Observações
-1	
0	
1	<b>x</b>

**Opções de resposta da questão 3.3:**

**A:** Healthy mouth (teeth and gums); Sexual health (STDs, HIV/AIDS); Nutrition; Exercise; Smoking (quitting); Particular health topic (like diabetes)—List; Other (list)

**B:** Saúde oral (dentes e gengivas); Saúde sexual (DSTs, HIV/SIDA); Nutrição; Exercício físico; Fumar (deixar de); Tópico específico (p.ex.: diabetes)- indicar; Outro (indicar)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Escala dos itens 4 a 19:**

**A:** Not at all; Rarely; Sometimes; Often; Always

**B:** Nunca; Raramente; Às vezes; Muitas vezes; Sempre

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 4:**

**A:** Do you get health information from your **pharmacist**?

**B:** Recebe informação sobre saúde do seu **farmacêutico**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 5:**

**A:** Do you get health information from **television**?

**B:** Recebe informação sobre saúde da **televisão**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 6:**

**A:** Do you get health information from **popular magazines**?

**B:** Recebe informação sobre saúde de **revistas**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 7:**

**A:** Do you get health information from you **doctor**?

**B:** Recebe informação sobre saúde do seu **médico**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 8:**

**A:** Do you get health information from the **internet**?

**B:** Recebe informação sobre saúde da **internet**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 9:****A:** Do you get health information from your **family** (parents)?**B:** Recebe informação sobre saúde da **família** (pais)?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 10:****A:** Do you get health information from your **friends**?**B:** Recebe informação sobre saúde de **amigos**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 11:****A:** Do you get health information from **pamphlets / brochures** (given to you at the office or hospital)?**B:** Recebe informação sobre saúde de **panfletos/brochuras**? (fornecidos no consultório médico ou hospital)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 12:****A:** Do you read the pamphlets once you have picked them up?**B:** Lê os panfletos assim que os recebe?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 13:****A:** Does the person who handed you the pamphlet / brochure go through it with you?**B:** A pessoa que lhe entrega os panfletos/brochuras vê-os consigo?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 14:****A:** Do you find the information in the pamphlets / brochures useful (helpful)?**B:** Considera que a informação nos panfletos/brochuras é útil?

Escala de equivalência		Observações
-1	<b>x</b>	<b>Encontra informação útil nos panfletos?</b>
0		
1		

**Item 15:****A:** Do you feel **comfortable** talking to your doctor?**B:** Sente-se **à-vontade** quando fala com o seu médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	



**Item 16:****A:** Does your Doctor answer all your questions?**B:** O seu médico responde-lhe a todas as suas perguntas?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 17:****A:** Do you understand the **directions** given to you by your doctor?**B:** Compreende as **indicações** dadas pelo seu médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 18:****A:** Do you follow doctor's **advice/orders**?**B:** Segue os **conselhos/ordens** dados pelo seu médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 19:****A:** Do others influence the way you follow doctor's orders?**B:** As outras pessoas influenciam a forma como segue os conselhos do médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 20:****A:** Add any additional comments**B:** Acrescente algum comentário adicional

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Grupo de questões IV:****A:** Follow up information (optional)**B:** Informação para seguimento (Opcional)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Indicações do Grupo IV:****A:** We would like to follow-up with you for any future research related to this topic. With your permission, please provide us with your contact information and preferred times of contact.**B:** Gostaríamos de poder continuar a dar seguimento a este estudo consigo, no âmbito de pesquisas futuras sobre este tópico. Com a sua permissão, por favor forneça a sua informação para contacto e horário preferencial para contacto.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4.1:****A:** Name**B:** Nome

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4.2:****A:** Telephone(s)**B:** Telefone

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4.3:****A:** Address**B:** Morada

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4.4:****A:** Best times to contact you?**B:** Melhor horário para ser contactado

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Opções de resposta da questão 4.4:****A:** Anytime; Mornings**B:** Qualquer hora; Manhãs; Tardes

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	<b>O termo tardes não consta no original mas faz sentido</b>

**Indicações finais:****A:** Please return the COMPLETED survey to your teacher/professor**B:** Por favor devolva o questionário PREENCHIDO ao seu professor

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

## PERITO 4

### Escala de equivalência

Refira se considera existir equivalência entre o texto original em Inglês e a sua tradução em Português (respeitando a respetiva adaptação cultural).

#### **Avaliação:**

Não equivalente: -1

Indeciso: 0

Equivalente: 1

Texto original: A

Texto traduzido para português: B

#### **Nome da escala:**

**A:** Adolescent Health Promoting Scale

**B:** Escala de Promoção de Saúde na Adolescência

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Texto introdutório à escala:**

**A:** This questionnaire contains statements regarding your present way of life or personal habits. Please respond to each item as accurately as possible, and try not to skip any item. Please fill in the available blank that you did during this year.

**B:** Este questionário contém afirmações respeitantes ao seu modo de vida actual ou hábitos pessoais. Por favor responda a cada item com o máximo rigor possível, e tente não saltar nenhum item. Por favor, preencha o espaço em branco de acordo com o que fez este ano.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Escala:**

**A:** Never: 0-10%; Sometimes: 11-30%; Half: 31-60%; Often: 61-80%; Always: 81-100%

**B:** Nunca: 0-10%; Às vezes: 11-30%; Metade: 31-60%; Muitas vezes: 61-80%; Sempre: 81-100%

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	<b>x</b>	<b>Metade...não é usual nas escalas de avaliação de frequência</b>
1		

#### **Item 1:**

**A:** I eat three meals daily.

**B:** Como três refeições diariamente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

#### **Item 2:**

**A:** I choose foods without too much oil.

**B:** Escolho comidas sem muitos óleos.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	... sem muito óleo

**Item 3:****A:** Include dietary fiber (e.g. fruits or vegetables).**B:** Incluo fibras alimentares na minha dieta (ex. frutas ou vegetais).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 4:****A:** Drink at least 1500 cc of water daily (or 6-8 cups).**B:** Bebo pelo menos 1,5 L de água diariamente (ou 6-8 copos).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 5:****A:** Each meal includes five food groups. (e.g. Bread, meat, milk, fruit, vegetable).**B:** Incluo cinco grupos alimentares em cada refeição (ex. pão, carne, leite, fruta, vegetais).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 6:****A:** Eat breakfast daily.**B:** Tomo o pequeno-almoço diariamente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 7:****A:** I speak up & share my feelings with others.**B:** Partilho e falo sobre os meus sentimentos com os outros.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 8:****A:** I care about other people.**B:** Preocupo-me com as outras pessoas.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 9:****A:** I talk about my concerns with others.**B:** Falo sobre as minhas preocupações com os outros.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 10:****A:** Make an effort to smile or laugh every day.**B:** Esforço-me para sorrir ou rir todos os dias.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 11:****A:** Enjoy keeping in touch with relatives.**B:** Gosto de manter o contacto com os meus familiares.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 12:****A:** Make an effort to have good friendships.**B:** Esforço-me para ter boas amizades.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 13:****A:** Talk about my troubles to others.**B:** Falo sobre os meus problemas com os outros.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 14:****A:** Read food labels when I shop.**B:** Leio os rótulos das embalagens alimentares quando faço compras.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 15:****A:** I watch my weight.**B:** Vigio o meu peso.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 16:****A:** Discuss my health concerns with a doctor or nurse.**B:** Discuto as minhas preocupações sobre saúde com um médico ou enfermeiro.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 17:****A:** Observe my body at least monthly.**B:** Observo o meu corpo pelo menos uma vez por mês.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 18:****A:** Brush my teeth and use dental floss after meals.**B:** Escovo os dentes e uso fio dentário após as refeições.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 19:****A:** Wash hands before meals.**B:** Lavo as mãos antes das refeições.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 20:****A:** Read health information.**B:** Leio informação sobre saúde.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 21:****A:** Make an effort to choose foods without preservatives (e.g., an additives on food).**B:** Esforço-me para escolher comidas sem conservantes. (ex. aditivos na comida).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 22:****A:** Make an effort to like myself.**B:** Esforço-me para gostar de mim próprio/a.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 23:****A:** Make an effort to feel happy and content.**B:** Esforço-me para me sentir feliz e contente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 24:****A:** I usually think positively.**B:** Normalmente, penso positivamente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 25:****A:** Make an effort to understand my strengths, weaknesses and accept them.**B:** Esforço-me para compreender as minhas forças e fraquezas e aceitá-las.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 26:****A:** Make an attempt to correct my defects.**B:** Esforço-me para corrigir os meus defeitos.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 27:****A:** Make an effort to know what's important for me.**B:** Esforço-me por saber o que é importante para mim.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	X	

**Item 28:****A:** Make an effort to feel interesting and challenged every day.**B:** Esforço-me para ser interessante e aceitar desafios todos os dias.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	x	Esforço-me para me sentir interessado e desafiado todos os dias
1		

**Item 29:****A:** Make an effort to believe that my life has purpose.**B:** Esforço-me por acreditar que a minha vida tem um propósito.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 30:****A:** Perform stretching exercise daily.**B:** Faço alongamentos todos os dias.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 31:****A:** Exercise rigorously 30 minutes at least 3 times per week.**B:** Faço exercício vigoroso durante 30 minutos pelo menos 3 vezes por semana.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 32:****A:** Participate in physical fitness class at school weekly.**B:** Participo nas aulas de *fitness* da escola semanalmente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	x	Participo nas aulas de <i>Educação Física</i> na escola semanalmente
1		

**Item 33:****A:** Warm up before rigorous exercise.**B:** Faço aquecimento antes de exercício vigoroso.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 34:****A:** Make an effort to stand or sit up straight.**B:** Esforço-me para estar direito/a quando estou em pé ou sentado/a.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 35:****A:** Make an effort to spend time daily for relaxation.**B:** Esforço-me para passar algum tempo a relaxar diariamente.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 36:****A:** Make an effort to determine the source of my stress.**B:** Esforço-me para determinar a fonte do meu stresse.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 37:****A:** Make an effort to watch my mood changes.**B:** Esforço-me por observar as minhas mudanças de humor.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	



**Item 38:****A:** Sleep for 6-8 hours each night.**B:** Durmo de 6 a 8 horas todas as noites.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Item 39:****A:** Make schedules and set priorities.**B:** Faço horários e estabeleço prioridades.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	x	Faço planos de atividades e estabeleço prioridades.
1		

**Item 40:****A:** I try not to lose control when things happen that are unfair.**B:** Tento não perder o controle quando acontecem coisas injustas.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Itens avaliados:****A:** Nutrition; Social Support; Health responsibility; Life appreciation; Exercise; Stress management**B:** Nutrição; Apoio Social; Responsabilidade na Saúde; Aproveitar a vida; Exercício; Gestão de stresse

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

### Escala de equivalência

Refira se considera existir equivalência entre o texto original em Inglês e a sua tradução em Português (respeitando a respetiva adaptação cultural).

#### **Avaliação:**

Não equivalente: -1

Indeciso: 0

Equivalente: 1

Texto original: A

Texto traduzido para português: B

#### **Nome da escala:**

**A:** eHealth Literacy Scale

**B:** Escala de Literacia em e-Saúde

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Texto introdutório à escala:**

**A:** I would like to ask you for your opinion and about your experience using the Internet for health information. For each statement, tell me which response best reflects your opinion and experience right now.

**B:** Gostaríamos de lhe pedir a sua opinião e saber sobre a sua experiência em usar a internet para informação sobre saúde. Para cada afirmação, diga-nos qual a resposta que melhor reflecte a sua opinião e experiência neste momento.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	<b>x</b>	Gostaríamos conhecer a sua opinião e experiência no uso da internet para aceder a informação sobre saúde. Para cada afirmação, diga-nos qual a resposta que melhor reflecte a sua opinião e experiência neste momento.
1		

#### **Questão 1:**

**A:** How **useful** do you feel the Internet is in helping you in making decisions about your health?

**B:** Até que ponto considera que a internet é **útil** para o/a ajudar a tomar as suas decisões sobre a sua saúde?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	<b>x</b>	Até que ponto considera que a internet é <b>útil</b> para o/a ajudar a tomar decisões sobre a sua saúde?
1		

#### **Escala da questão 1:**

**A:** Not useful at all; Not usefull; Unsure; Useful; Very useful

**B:** Absolutamente nada útil; Inútil; Não tenho certeza; Útil; Muito útil

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Questão 2:**

**A:** How **important** is it for you to be able to access health resources on the Internet?

**B:** Até que ponto considera **importante** para si poder ter acesso a recursos sobre saúde na internet?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Escala da questão 2:****A:** Not important at all; Not important; Unsure; Important; Very important**B:** Absolutamente nada importante; Nada importante; Não tenho certeza; Importante; Muito importante

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 3:****A:** I know **what** health resources are available on the Internet**B:** Sei **quais** são os recursos sobre saúde disponíveis na internet.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Escala das questão 3 a 10:****A:** Strongly Disagree; Disagree; Undecided; Agree; Strongly Agree**B:** Discordo totalmente; Discordo; Indeciso; Concordo; Concordo totalmente

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4:****A:** I know **where** to find helpful health resources on the Internet**B:** Sei **onde encontrar** recursos úteis sobre saúde na internet.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 5:****A:** I know **how** to find helpful health resources on the Internet**B:** Sei **como** encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 6:****A:** I know **how to use** the Internet to answer my questions about health**B:** Sei **como usar** a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 7:****A:** I know how to use **the health information** I find on the Internet to help me**B:** Sei como usar a **informação sobre saúde** que eu encontro na internet para me ajudar.

Escala de equivalência		Observações
-1		

0		
1	<b>x</b>	

**Questão 8:**

**A:** I have the skills I need to **evaluate** the health resources I find on the Internet

**B:** Tenho as capacidades que necessito para **avaliar** os recursos sobre saúde que eu encontro na internet

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	<b>x</b>	Tenho as competências necessárias para <b>avaliar</b> os recursos sobre saúde que eu encontro na internet
1		

**Questão 9:**

**A:** I can tell **high quality** health resources from **low quality** health resources on the Internet

**B:** Sei distinguir os recursos de **boa qualidade** dos de **fraca qualidade** entre os recursos sobre saúde da internet.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 10:**

**A:** I feel **confident** in using information from the Internet to make health decisions

**B:** Sinto-me **confiante** ao usar informação da internet para tomar decisões sobre saúde).

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	<b>x</b>	Sinto-me <b>confiante</b> a usar informação da internet para tomar decisões sobre saúde
1		

### **Escala de equivalência**

Refira se considera existir equivalência entre o texto original em Inglês e a sua tradução em Português (respeitando a respetiva adaptação cultural).

#### **Avaliação:**

Não equivalente: -1

Indeciso: 0

Equivalente: 1

Texto original: A

Texto traduzido para português: B

#### **Nome da escala:**

**A:** Health Literacy Questionnaire for Children

**B:** Questionário de Literacia em Saúde para Crianças

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>X</b>	

#### **Texto introdutório à escala:**

**A:** Please complete this questionnaire as fully as possible to help us better understand how you receive health information and how this can be improved in the future.

**B:** Por favor complete este questionário o mais completo possível para nos ajudar a melhor compreender como recebe informação sobre saúde e como isso pode ser melhorado no futuro.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Por favor completa este questionário o mais completo possível para nos ajudares a melhor compreender como recebes informação sobre saúde e como isso pode ser melhorado no futuro.

#### **Grupo de questões I:**

**A:** Personal Demographics

**B:** Informação Pessoal

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Questão 1.1:**

**A:** What is your gender?

**B:** Qual é o seu sexo?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

#### **Opções de resposta da questão 1.1:**

**A:** Male; Female

**B:** Masculino; Feminino

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 1.2:****A:** How old are you?**B:** Que idade tem?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Que idade tens?

**Opções de resposta da questão 1.2:****A:** <12; 12-15; 16-18; 18>**B:** <12; 12-15; 16-18; 18>

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 1.3:****A:** What city do you live in?**B:** Em que cidade vive?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Em que cidade vives?

**Questão 1.6:** (nota: não existem as questões 1.4 e 1.5)**A:** What ethnicity do you consider yourself? (check all that apply)**B:** A que etnia considera pertencer (escolha todas as que se aplicam)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	A que etnia consideras pertencer (escolhe todas as que se aplicam)

**Opções de resposta da questão 1.6:****A:** Greek; Albanian; Asian; Russian; Other**B:** Grega; Albanesa; Asiática; Russa; Outra

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	<b>x</b>	<b>A tradução está correcta...tenho é dúvidas se culturalmente faz sentido...</b>
1		

**Grupo de questões II:****A:** Reason for Visit to Hospital/Doctor**B:** Razão para Visitar o Hospital / Médico

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 2.1:****A:** When was the last time you went to a doctor? (month/year)**B:** Quando foi ao médico pela última vez? (mês / ano)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		

1	x	Quando foste ao médico pela última vez? (mês / ano)
---	---	---

**Questão 2.2:**

**A:** What type of doctor did you visit? (check ONE)

**B:** Que tipo de médico visitou? (selecione apenas UM)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	Que tipo de médico visitaste? (seleciona apenas UM)

**Opções de resposta da questão 2.2:**

**A:** General practitioner; Pediatrician; Orthodontist / Dentist; Other Specialized doctor (indicate specialty)

**B:** Médico de medicina geral e familiar; Pediatra; Ortodontista / dentista; Outro médico especialista (indica a especialidade)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	Médico de medicina geral e familiar; Pediatra; Ortodontista / dentista; Outro médico especialista (indica a especialidade)

**Questão 2.3:**

**A:** How often have you visited the hospital or doctor in the **last six months**?

**B:** Quantas vezes foi ao hospital ou ao médico nos **últimos seis meses**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	Quantas vezes foste ao hospital ou ao médico nos <b>últimos seis meses</b> ?

**Opções de resposta da questão 2.3:**

**A:** no other time; 1-2 times; 3 or more times

**B:** nenhuma; 1-2 vezes; 3 ou mais vezes

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Questão 2.4:**

**A:** Was your visit for the **same reason(s)** you stated above (in 1)?

**B:** Essa(s) visita(s) foi(ram) pela(s) mesma(s) razão(ões) referida(s) em 1?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Opções de resposta da questão 2.4 e 2.5:**

**A:** Yes; No; Not sure

**B:** Sim; Não; Não tenho a certeza

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Questão 2.5:**

**A:** Did you request to see the Doctor?

**B:** Foi você que pediu para ir ao médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		

0		
1	x	Foste tu que pediste para ir ao médico?

**Questão 2.6:**

**A:** If “no” (in #5) who decided for you to see the Doctor?

**B:** Se respondeu “não” na pergunta anterior (5), quem decidiu que devia ir ao médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	Se respondeste “não” na pergunta anterior (5), quem decidiu que devias ir ao médico?

**Opções de resposta da questão 2.6:**

**A:** my parent; other (list)

**B:** Os meus pais; Outra pessoa (indica)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	Os meus pais; Outra pessoa (indica)

**Grupo de questões III:**

**A:** Health Literacy Questions

**B:** Questões sobre literacia em saúde

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	

**Questão 3.1:**

**A:** From where do you acquire pamphlets / brochures?

**B:** Onde adquiro panfletos / brochuras?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	Onde adquires panfletos / brochuras?

**Opções de resposta da questão 3.1:**

**A:** I don't; Doctor; Pharmacist; Hospital; Other (list)

**B:** Não adquiro; No médico; Na farmácia; No hospital; Outro local (indique)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	Não adquiro; No médico; Na farmácia; No hospital; Outro local (indica)

**Questão 3.2:**

**A:** Who is the first person you talk to when you have a health problem (when you are sick)? (List & your relation with them)

**B:** Quem é a primeira pessoa com quem fala quando tem um problema de saúde (quando está doente)? (indique e refira a sua relação com essa pessoa)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	x	Quem é a primeira pessoa com quem falas quando tens um problema de saúde (quando estás doente)? (indica e refere a tua relação com essa pessoa)

**Questão 3.3:**



**A:** What health topics have you received any health information for in the past year? (check all that apply)

**B:** Sobre que tópicos de saúde recebeu alguma informação de saúde no último ano? (escolha todas as opções que se aplicam)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Sobre que tópicos de saúde recebeste alguma informação de saúde no último ano? (escolhe todas as opções que se aplicam)

**Opções de resposta da questão 3.3:**

**A:** Healthy mouth (teeth and gums); Sexual health (STDs, HIV/AIDS); Nutrition; Exercise; Smoking (quitting); Particular health topic (like diabetes)–List; Other (list)

**B:** Saúde oral (dentes e gengivas); Saúde sexual (DSTs, HIV/SIDA); Nutrição; Exercício físico; Fumar (deixar de); Tópico específico (p.ex.: diabetes) - indicar; Outro (indicar)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Escala dos itens 4 a 19:**

**A:** Not at all; Rarely; Sometimes; Often; Always

**B:** Nunca; Raramente; Às vezes; Muitas vezes; Sempre

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 4:**

**A:** Do you get health information from your **pharmacist**?

**B:** Recebe informação sobre saúde do seu **farmacêutico**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	<b>x</b>	Recebes, do teu <b>farmacêutico</b> , informação sobre saúde?
1		

**Item 5:**

**A:** Do you get health information from **television**?

**B:** Recebe informação sobre saúde da **televisão**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Recebes informação sobre saúde através da <b>televisão</b> ?

**Item 6:**

**A:** Do you get health information from **popular magazines**?

**B:** Recebe informação sobre saúde de **revistas**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Recebes informação sobre saúde nas <b>revistas</b> ?

**Item 7:**

**A:** Do you get health information from you **doctor**?

**B:** Recebe informação sobre saúde do seu **médico**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	<b>x</b>	Recebes, do teu <b>médico</b> , informação sobre saúde?
1		

**Item 8:****A:** Do you get health information from the **internet**?**B:** Recebe informação sobre saúde da **internet**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Recebe informação sobre saúde através da <b>internet</b> ?

**Item 9:****A:** Do you get health information from your **family** (parents)?**B:** Recebe informação sobre saúde da **família** (pais)?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Recebes informação sobre saúde através da <b>família</b> (pais)?

**Item 10:****A:** Do you get health information from your **friends**?**B:** Recebe informação sobre saúde de **amigos**?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Recebes informação sobre saúde através de <b>amigos</b> ?

**Item 11:****A:** Do you get health information from **pamphlets / brochures** (given to you at the office or hospital)?**B:** Recebe informação sobre saúde de **panfletos/brochuras**? (fornecidos no consultório médico ou hospital)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Recebes informação sobre saúde de <b>panfletos/brochuras</b> ? (fornecidos no consultório médico ou hospital)

**Item 12:****A:** Do you read the pamphlets once you have picked them up?**B:** Lê os panfletos assim que os recebe?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Lês os panfletos assim que os recibes?

**Item 13:****A:** Does the person who handed you the pamphlet / brochure go through it with you?**B:** A pessoa que lhe entrega os panfletos/brochuras vê-os consigo?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	A pessoa que lhe entrega os panfletos/brochuras vê-os contigo?

**Item 14:****A:** Do you find the information in the pamphlets / brochures useful (helpful)?**B:** Considera que a informação nos panfletos/brochuras é útil?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	<b>x</b>	Achas que a informação nos panfletos/brochuras é útil?
1		

**Item 15:****A:** Do you feel **comfortable** talking to your doctor?**B:** Sente-se **à-vontade** quando fala com o seu médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Sentes-te <b>à-vontade</b> quando falas com o seu médico?

**Item 16:****A:** Does your Doctor answer all your questions?**B:** O seu médico responde-lhe a todas as suas perguntas?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Item 17:****A:** Do you understand the **directions** given to you by your doctor?**B:** Compreende as **indicações** dadas pelo seu médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Compreendes as <b>indicações</b> dadas pelo teu médico?

**Item 18:****A:** Do you follow doctor's **advice/orders**?**B:** Segue os **conselhos/ordens** dados pelo seu médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Segues os <b>conselhos/ordens</b> dados pelo teu médico?

**Item 19:****A:** Do others influence the way you follow doctor's orders?**B:** As outras pessoas influenciam a forma como segue os conselhos do médico?

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	As outras pessoas influenciam a forma como segues os conselhos do médico?

**Item 20:****A:** Add any additional comments**B:** Acrescente algum comentário adicional

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Acrescenta algum comentário adicional

**Grupo de questões IV:****A:** Follow up information (optional)**B:** Informação para seguimento (Opcional)

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Indicações do Grupo IV:**

**A:** We would like to follow-up with you for any future research related to this topic. With your permission, please provide us with your contact information and preferred times of contact.

**B:** Gostaríamos de poder continuar a dar seguimento a este estudo consigo, no âmbito de pesquisas futuras sobre este tópico. Com a sua permissão, por favor forneça a sua informação para contacto e horário preferencial para contacto.

Escala de equivalência		Observações
-1		
0	<b>x</b>	Gostaríamos de poder dar seguimento a este estudo contigo, no âmbito de pesquisas futuras sobre este tópico. Se assim o permitires, por favor dá-nos o teu contacto e horário preferencial para te contactarmos.
1		

**Questão 4.1:**

**A:** Name

**B:** Nome

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4.2:**

**A:** Telephone(s)

**B:** Telefone

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4.3:**

**A:** Address

**B:** Morada

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Questão 4.4:**

**A:** Best times to contact you?

**B:** Melhor horário para ser contactado

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	Melhor horário para seres contactado

**Opções de resposta da questão 4.4:**

**A:** Anytime; Mornings;

**B:** Qualquer hora; Manhãs; Tardes

Escala de equivalência		Observações
-1		
0		
1	<b>x</b>	

**Indicações finais:**

**A:** Please return the COMPLETED survey to your teacher/professor

**B:** Por favor devolva o questionário PREENCHIDO ao seu professor

Escala de equivalência		Observações
-1		

0		
1	<b>x</b>	Por favor devolve o questionário PREENCHIDO ao teu professor



## **ANEXO VII**

**Parecer dos autores dos instrumentos originais à sua tradução e validação  
cultural**





## Catarina Cardoso Tomaz

---

**De:** Cameron D. Norman <cameron.norman@utoronto.ca>  
**Enviado:** sábado, 16 de Fevereiro de 2013 22:07  
**Para:** Catarina Cardoso Tomás  
**Cc:** pauloq@esenfc.pt  
**Assunto:** Re: Scale Translation

Dear Catarina,

It sounds like your methodology is sound and from what I can read, I think you've done all the right things. I am comfortable with you moving forward with your study given what you have done.

Best wishes and I hope the study works out well for you and your team,

Cameron

Cameron D. Norman PhD

Adjunct Professor, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto  
Toronto, Canada

President, The Public Health Alumni Association of the University of Toronto

Principal, CENSE Research + Design  
@cdnorman  
<http://censemaking.com>

On Thursday, 14 February, 2013 at 2:53 PM, Catarina Cardoso Tomás wrote:

Dear Mrs Cameron,

I'm writing to get you informed about the work in progress, regarding the scale that you have kindly authorized me to use in my research project.

The committee of experts finished the translation and cultural adaptation of the questionnaire a couple of months ago. The process of translation consisted in the translation of the scale from English to European Portuguese, with proper cultural adaption to the Portuguese culture.

Then, the questionnaire was sampled by using a small group of teenagers that has answered to the questionnaire, beyond contributing to a brainstorming session.

After performing all the adjustments a different group of experts has already made de reverse translation back to English. I have also compared the two questionnaires in English (the original and the retroversion), and found out that they seem very much alike (please find in attach the retroversion of your scale).

Therefore, at this point, I would appreciate if you can let me know, if you think that the minor changes observed are acceptable and if I can carry on with my study, and apply the questionnaire to a broader sample.

Thanks for all your time and collaboration.  
Sincerely,

Catarina Cardoso Tomás  
[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Assistente de 1.º Triénio  
IPL – Escola Superior de Saúde de Leiria

**Attachments:**

- Scale of eHealth Awareness.docx

## Catarina Cardoso Tomaz

---

**De:** my chen <mychen02@yahoo.com.tw>  
**Enviado:** domingo, 17 de Fevereiro de 2013 5:21  
**Para:** Catarina Cardoso Tomás  
**Assunto:** RE: Scale Translation

good  
in my raw data (which collected 2011), we still use 3 days too.  
Meiyen

---

寄件者 : Catarina Cardoso Tomás <[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)>  
收件者 : my chen <[mychen02@yahoo.com.tw](mailto:mychen02@yahoo.com.tw)>  
寄件日期 : 2013/2/16 (週六) 9:25 PM  
主旨 : RE: Scale Translation

Dear Meyen,  
Thank you very much for the support... In portugal we still mantain the 3 days, so if you don't mind i would preffer to mantain that way, so that can be more culturally appropriated.  
Soon I will have some results... I'm expecting to do a scientific article with the translation and cultural adaptation of the scale. Maybe we could do another one with the results of the two countries. Does that sound appropriate?  
Sincerilly

Catarina Cardoso Tomás  
[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Assistente de 1.º Triénio  
IPL – Escola Superior de Saúde de Leiria

---

De: my chen [[mychen02@yahoo.com.tw](mailto:mychen02@yahoo.com.tw)]  
Enviado: sábado, 16 de Fevereiro de 2013 9:31  
Para: Catarina Cardoso Tomás  
Assunto: RE: Scale Translation

Hi, Catarina  
I like to hear from your progress and you did a good job.  
Regarding some mistakes just mention you as following list:  
item 27: effort  
item 31, actually in my county, for adolescent, we change the standard as 30 min for at least 5 days, so the total amount was 150 per week. because the overweight issue is challenging us.  
I hope we can do some cooperation for comparison between both of our countries.  
Good luck  
Meiyen

Chang Gung University of Science and Technology  
Professor, Chair, Graduate Institute of Nursing,  
Mei-Yen Chen, RN, PhD  
[TEL:886-5-362-8800](tel:886-5-362-8800) ext 2201  
Cell:886-975594797  
FAX:886-5-362-8866  
Address: No 2,Chia-pu Rd, West Sec,Putz  
Chia-Yi, 613, Taiwan

---

寄件者：Catarina Cardoso Tomás <[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)>

收件者："mychen02@yahoo.com.tw" <[mychen02@yahoo.com.tw](mailto:mychen02@yahoo.com.tw)>; "[mychen02@yahoo.com.tw](mailto:mychen02@yahoo.com.tw)" <[mychen02@yahoo.com.tw](mailto:mychen02@yahoo.com.tw)>

副本："pauloq@esenfc.pt" <[pauloq@esenfc.pt](mailto:pauloq@esenfc.pt)>

寄件日期：2013/2/15 (週五) 3:59 AM

主旨：Scale Translation

Sorry, there was a mistake in the document attached. This is you scale. I'm truly sorry for the mistake.  
Sincerely

Catarina Tomás

Dear Mrs Mei-Yen Chen,

I'm writing to get you informed about the work in progress, regarding the scale that you have kindly authorized me to use in my research project.

The committee of experts finished the translation and cultural adaptation of the questionnaire a couple of months ago. The process of translation consisted in the translation of the scale from English to European Portuguese, with proper cultural adaption to the Portuguese culture.

Then, the questionnaire was sampled by using a small group of teenagers that has answered to the questionnaire, beyond contributing to a brainstorming session.

After performing all the adjustments a different group of experts has already made de reverse translation back to English. I have also compared the two questionnaires in English (the original and the retroversion), and found out that they seem very much alike (please find in attach the retroversion of your scale).

Therefore, at this point, I would appreciate if you can let me know, if you think that the minor changes observed are acceptable and if I can carry on with my study, and apply the questionnaire to a broader sample.

Thanks for all your time and collaboration.

Sincerely,

Catarina Cardoso Tomás

[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt) <mailto:[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)>

Assistente de 1.º Triénio

IPL – Escola Superior de Saúde de Leiria

## Catarina Cardoso Tomaz

---

**De:** Kondili Barbara K. (Κονδύλη Κωνσταντίνα Βαρβάρα) <bkondili@hauniv.us>  
**Enviado:** sexta-feira, 15 de Fevereiro de 2013 15:06  
**Para:** Catarina Cardoso Tomás  
**Assunto:** RE: Scale Translation  
**Anexos:** Questionnaire on Health Awareness in Children\_Portugal\_2013.docx

**Sinal. de seguimento:** Seguimento  
**Estado do sinalizador:** Sinalizado

Dear Ms Tomas, that is great that this is going to happen in another language finally!

I attach with a few changes since the formatting was off in a few sections. Once you do go ahead and do the study please accredit that you have "adapted from the original survey by Ms. Barbara K. Kondilis, Hellenic American University" .

Remember to also give the parents an informed consent form about the study if needed.

Good luck!

Barbara Kondilis, MSW, MPH

Faculty

Hellenic American Education Center, Athens GR Hellenic American University, Manchester NH

Tel: +30 210 368 0949

Fax: +30 210 363 3174

Website: <http://www.hauniv.us/>

The Hellenic American University cannot accept any responsibility for the accuracy or completeness of this message as it has been transmitted over a public network. If you suspect that the message may have been intercepted or amended, please call the sender.

-----Original Message-----

From: Catarina Cardoso Tomás [<mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt>]

Sent: Thursday, February 14, 2013 9:53 PM

To: Kondili Barbara K. (Κονδύλη Κωνσταντίνα Βαρβάρα)

Cc: [pauloq@esenfc.pt](mailto:pauloq@esenfc.pt)

Subject: Scale Translation

Dear Mrs Kondilis,

I'm writing to get you informed about the work in progress, regarding the scale that you have kindly authorized me to use in my research project.

The committee of experts finished the translation and cultural adaptation of the questionnaire a couple of months ago. The process of translation consisted in the translation of the scale from English to European Portuguese, with proper cultural adaption to the Portuguese culture.

Then, the questionnaire was sampled by using a small group of teenagers that has answered to the questionnaire, beyond contributing to a brainstorming session.

After performing all the adjustments a different group of experts has already made de reverse translation back to English. I have also compared the two questionnaires in English (the original and the retroversion), and found out that they seem very much alike (please find in attach the retroversion of your scale).

Therefore, at this point, I would appreciate if you can let me know, if you think that the minor changes observed are acceptable and if I can carry on with my study, and apply the questionnaire to a broader sample.

Thanks for all your time and collaboration.

Sincerely,

Catarina Cardoso Tomás  
[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Assistente de 1.º Triénio  
IPL – Escola Superior de Saúde de Leiria

## Questionnaire on Health Awareness in Children

Please complete this questionnaire as fully as possible to help us to better understand how you obtain information on health and how this can be improved in the future.

### I. Personal details

1. What is your gender? ☐ Male ☐ Female
2. How old are you? ☐ <12 ☐ 12-15 ☐ 16-18 ☐ >18
3. In what city do you live in? \_\_\_\_\_
6. What do you consider to be your ethnicity? (tick all those that are applicable)  
☐ Portuguese ☐ Brazilian ☐ Eastern European ☐ African ☐ Other: \_\_\_\_\_

### II. Reason for visit to Hospital / Doctor

1. When was the last time you went to a doctor? (month / year) \_\_\_\_\_
2. What type of doctor did you see? (choose ONE)  
\_\_\_\_ GP \_\_\_\_ pediatrician \_\_\_\_ dental surgeon / dentist  
\_\_\_\_ other doctor (please specify: \_\_\_\_\_)
3. How many times have you been to the doctor or hospital in the last six months?  
\_\_\_\_ never \_\_\_\_ 1-2 times \_\_\_\_ 3 or more
4. Was this visit for the same reason as referred in 1?  
\_\_\_\_ yes \_\_\_\_ no \_\_\_\_ not sure
5. Did you ask to see the doctor? \_\_\_\_ yes \_\_\_\_ no \_\_\_\_ not sure
6. If you answered "no" to question 5, who decided that you should go to the doctor?  
\_\_\_\_ my parents \_\_\_\_ other person (specify: \_\_\_\_\_)

### III. Questions on Health Awareness

1. Where do you get leaflets / brochures?  
☐ I don't ☐ At the doctor ☐ At the pharmacist ☐ At the hospital  
☐ Other: \_\_\_\_\_
2. Who is the first person you talk to when you have a health problem (when you are ill)? (specify and state your relationship with them)  
\_\_\_\_\_
3. In which areas of health have you received information about, in the last year? (choose all those that apply)  
☐ Oral health (teeth and gums)  
☐ Sexual health (STD, HIV / AIDS)  
☐ Nutrition  
☐ Exercise

Formatadas: Marcas e numeração

Formatada: Avanço: Esquerda: 1,27 cm

Formatada: Avanço: Esquerda: 0,63 cm

Formatada: Avanço: Esquerda: 1,27 cm

- ☐ Smoking (stopping)  
☐ Specific subject (e.g: diabetes) Specify: \_\_\_\_\_  
☐ Other: \_\_\_\_\_

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
4. Do you receive information on health from your pharmacist?					
5. Do you receive information on health from the television?					
6. Do you receive information on health from magazines?					
7. Do you receive information on health from your doctor?					
8. Do you receive information on health from the internet?					
9. Do you receive information on health from your family (parents)?					
10. Do you receive information on health from friends?					
11. Do you receive information on health care from leaflets/brochures? (available at health centres or hospital)					
12. Do you read the leaflets as soon as you get them?					
13. Does the person who gives you the leaflets/brochures read them with you?					
14. Do you consider the information in the leaflets/brochures useful?					
15. Do you feel comfortable talking to your doctor?					
16. Does your doctor answer all your questions?					
17. Do you understand the instructions given by your doctor?					
18. Do you follow the advice/instructions given by your doctor?					
19. Do others influence the way you follow advice from your doctor?					
20. Please add any further comments here:					

#### IV. Information for follow-up (Optional)

*We'd like to be able to do a follow up of this topic in the future research. With your permission, please give us your contact information and the best times to contact you.*

Name: \_\_\_\_\_  
 Telephone: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_

Best time to contact: \_\_\_\_\_ anytime \_\_\_\_\_ mornings

Please return the completed questionnaire to your teacher.



## **ANEXO VIII**

**Autorização por parte das escolas para a realização do estudo**



Catarina Cardoso Tomás  
Urb. Qtª. S. Venâncio, Lote 1, 4º Fte  
Guimarota  
2410-387 Leiria

919 173 035  
catarina.tomas@ipleiria.pt

Exmo. Sr. Prof. Dr. Gaspar da Silva Fernandes Vaz  
Diretor da Escola Secundária D. Inês de Castro

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização de estudo

Chamo-me Catarina Cardoso Tomás, sou enfermeira, exerço atualmente funções de Assistente na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria, e sou membro associado da Unidade de Investigação de Saúde (UIS). No âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem, do Instituto Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, que me encontro a frequentar, estou atualmente a realizar um estudo subordinado ao tema **“Literacia em saúde em Adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis.”**, com o principal objetivo de conhecer de que forma os enfermeiros poderão contribuir de forma eficaz para a promoção do desenvolvimento de competências da literacia em saúde dos adolescentes, bem como o impacto que as competências de literacia em saúde e as fontes de informação mais valorizadas pelos adolescentes poderão ter na adesão a estilos de vida saudáveis.

É neste sentido que me dirijo a V. Exa., solicitando autorização a V. Exa. para incluir a Escola Secundária D. Inês de Castro no estudo referido. Gostaria de abranger todos os estudantes do 10º ao 12º ano a frequentar a vossa escola.

A participação dos estudantes neste estudo consistirá no preenchimento de um questionário, que visa, para além de obter alguns dados sociodemográficos, obter dados relacionados com os níveis de competências em literacia em saúde, fontes de informação em saúde, a informação de saúde eletrónica e promoção de estilos de vida saudáveis. O questionário tem uma duração média de preenchimento de cerca de 40 minutos.

Solicito desta forma autorização para incluir os estudantes dessa Escola Secundária no referido estudo, através do preenchimento do questionário anexo, o qual será realizado voluntariamente.

O estudo encontra-se já devidamente autorizado pelo DGIDC, tal como se verifica no documento anexo.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do endereço eletrónico **catarina.tomas@ipleiria.pt** ou contacto telefónico **919 173 035**, bem como para o agendamento de uma reunião, com vista à preparação dos trabalhos.

Disponibilizo-me desde já para o esclarecimento de qualquer dúvida ou dado em falta, para que seja possível realizar o melhor trabalho possível, bem como a disponibilizar todos os resultados obtidos no referido estudo.

Agradecendo desde já a disponibilidade, com os melhores cumprimentos.

Leiria, 31 de Outubro de 2012

---

Catarina Cardoso Tomás

## Catarina Cardoso Tomaz

---

**De:** esdica.director@gmail.com em nome de Escola Secundária D. Inês de Castro Alcobaça <diretor@esdica.pt>  
**Enviado:** sexta-feira, 2 de Novembro de 2012 0:48  
**Para:** Catarina Cardoso Tomás  
**Assunto:** Re: Pedido de autorização para a realização de estudo

Boa Noite

Autorizo a inclusão da Escola Secundária D. Inês de Castro no seu estudo, "sob a condição" de devolver à Escola o tratamento dos dados nela recolhidos. Pode ser? Se sim, "negócio" fechado: Cumprimentos.

No dia 31 de Outubro de 2012 12:08, Catarina Cardoso Tomás <[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)> escreveu:

Exmo. Sr. Prof. Dr. Gaspar da Silva Fernandes Vaz

Diretor da Escola Secundária D. Inês de Castro

Chamo-me Catarina Cardoso Tomás, sou enfermeira, exerço atualmente funções de Assistente na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria, e sou membro associado da Unidade de Investigação de Saúde (UIS). No âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem, do Instituto Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, que me encontro a frequentar, estou atualmente a realizar um estudo subordinado ao tema **“Literacia em saúde em Adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis.”**, com o principal objetivo de conhecer de que forma os enfermeiros poderão contribuir de forma eficaz para a promoção do desenvolvimento de competências da literacia em saúde dos adolescentes, bem como o impacto que as competências de literacia em saúde e as fontes de informação mais valorizadas pelos adolescentes poderão ter na adesão a estilos de vida saudáveis.

É neste sentido que me dirijo a V. Exa., solicitando autorização a V. Exa. para incluir a Escola Secundária D. Inês de Castro no estudo referido. Gostaria de abranger todos os estudantes do 10º ao 12º ano a frequentar a vossa escola.

A participação dos estudantes neste estudo consistirá no preenchimento de um questionário, que visa, para além de obter alguns dados sociodemográficos, obter dados relacionados com os níveis de competências em literacia em saúde, fontes de informação em saúde, a informação de saúde eletrónica e promoção de estilos de vida saudáveis. O questionário tem uma duração média de preenchimento de cerca de 40 minutos.

Solicito desta forma autorização para incluir os estudantes dessa Escola Secundária no referido estudo, através do preenchimento do questionário anexo, o qual será realizado voluntariamente.

O estudo encontra-se já devidamente autorizado pelo DGIDC, tal como se verifica no documento anexo.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do endereço eletrónico [catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt) ou contacto telefónico **919 173 035**, bem como para o agendamento de uma reunião, com vista à preparação dos trabalhos.

Disponibilizo-me desde já para o esclarecimento de qualquer dúvida ou dado em falta, para que seja possível realizar o melhor trabalho possível, bem como a disponibilizar todos os resultados obtidos no referido estudo.

Agradecendo desde já a disponibilidade, com os melhores cumprimentos.

Leiria, 31 de Outubro de 2012

*Catarina Cardoso Tomás*

[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Leiria

Campus 2 | Alto do Vieiro | Morro do Lena

Apartado 4137 | 2411-901 Leiria

Tel: [\(+351\) 244 845 300](tel:+351244845300) | Fax [\(+351\) 244 845 309](tel:+351244845309)

--

**Gaspar da Silva Fernandes Vaz,**  
Presidente da Comissão Administrativa Provisória  
Agrupamento de Escolas de Cister - Alcobaça  
Escola Secundária D. Inês de Castro  
Telefone: 262 505 170 Fax: 262 596 460

[diretor@esdica.pt](mailto:diretor@esdica.pt)  
[www.esdica.pt](http://www.esdica.pt)



Antes de imprimir este e-mail, pense bem se tem mesmo de o fazer: há cada vez menos árvores.

---





Catarina Cardoso Tomás  
Urb. Qtª. S. Venâncio, Lote 1, 4º Fte  
Guimarota  
2410-387 Leiria

919 173 035  
catarina.tomas@ipleiria.pt

Exmo. Sr. Prof. Dr. Joaquim Marques Silva  
Diretor da Escola Secundária Domingues Sequeira

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização de estudo

Chamo-me Catarina Cardoso Tomás, sou enfermeira, exerço atualmente funções de Assistente na Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria, e sou membro associado da Unidade de Investigação de Saúde (UIS). No âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem, do Instituto Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, que me encontro a frequentar, estou atualmente a realizar um estudo subordinado ao tema **“Literacia em saúde em Adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis.”**, com o principal objetivo de conhecer de que forma os enfermeiros poderão contribuir de forma eficaz para a promoção do desenvolvimento de competências da literacia em saúde dos adolescentes, bem como o impacto que as competências de literacia em saúde e as fontes de informação mais valorizadas pelos adolescentes poderão ter na adesão a estilos de vida saudáveis.

É neste sentido que me dirijo a V. Exa., solicitando autorização a V. Exa. para incluir a Escola Secundária Domingues Sequeira no estudo referido. Gostaria de abranger todos os estudantes do 10º ao 12º ano a frequentar a vossa escola.

A participação dos estudantes neste estudo consistirá no preenchimento de um questionário, que visa, para além de obter alguns dados sociodemográficos, obter dados relacionados com os níveis de competências em literacia em saúde, fontes de informação em saúde, a informação de saúde eletrónica e promoção de estilos de vida saudáveis. O questionário tem uma duração média de preenchimento de cerca de 40 minutos.

Solicito desta forma autorização para incluir os estudantes dessa Escola Secundária no referido estudo, através do preenchimento do questionário anexo, o qual será realizado voluntariamente.

O estudo encontra-se já devidamente autorizado pelo DGIDC, tal como se verifica no documento anexo.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do endereço eletrónico **catarina.tomas@ipleiria.pt** ou contacto telefónico **919 173 035**, bem como para o agendamento de uma reunião, com vista à preparação dos trabalhos.

Disponibilizo-me desde já para o esclarecimento de qualquer dúvida ou dado em falta, para que seja possível realizar o melhor trabalho possível, bem como a disponibilizar todos os resultados obtidos no referido estudo.

Agradecendo desde já a disponibilidade, com os melhores cumprimentos.

Leiria, 31 de Outubro de 2012

---

Catarina Cardoso Tomás

## Catarina Cardoso Tomaz

---

**De:** teresa gouveia <teresagouvei@gmail.com>  
**Enviado:** quinta-feira, 15 de Novembro de 2012 15:53  
**Para:** Catarina Cardoso Tomás  
**Assunto:** Re: Resposta ao pedido de autorização para a realização de estudo

Boa tarde Dr<sup>a</sup> Catarina

Após os esclarecimentos fornecidos obtive autorização do Diretor da ESDS para a aplicação dos inquéritos em questão.

O número total de alunos da nossa escola é de 1171 (881 dos cursos científico-humanísticos e 290 dos cursos profissionais).

Enquanto estive a analisar o inquérito fui contabilizando o tempo de resposta e parece-me que 50 minutos poderão não ser suficientes, uma vez que existem alguns textos (situações) para interpretar. A minha questão é: os alunos poderão ter mais tempo se necessitarem ou o objetivo é responderem prontamente sem muito tempo para reflexão?

Para entregar os inquéritos na nossa escola, pode deixá-los na receção ao cuidado da professora Teresa Gouveia, ou, se preferir, combinarmos um dia e uma hora para nos entregar em mão.

Com os melhores cumprimentos

Teresa Gouveia

Em 13 de novembro de 2012 15:47, Catarina Cardoso Tomás <[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)> escreveu:

Boa tarde,

Desde já agradeço a disponibilidade dispensada...

Sim, os questionários serão fornecidos em papel sem qualquer despesa para a escola, bem como as autorizações para os encarregados de educação. Tenho já os exemplares para aplicar assim que for possível.

Em relação ao conteúdo para posterior discussão, parece-me de todo pertinente que possa ser utilizado. Tendo sido uma adaptação de uma escala internacional e sendo eu a detentora dos direitos da mesma a nível nacional, à partida nada tenho a opor que tal seja feito.

Com os meus melhores cumprimentos

*Catarina Cardoso Tomás*

[catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Leiria

Campus 2 | Alto do Vieiro | Morro do Lena

Apartado 4137 | 2411-901 Leiria

Tel: [\(+351\) 244 845 300](tel:+351244845300) | Fax [\(+351\) 244 845 309](tel:+351244845309)

**De:** teresa gouveia [mailto:[teresagouvei@gmail.com](mailto:teresagouvei@gmail.com)]

**Enviada:** terça-feira, 13 de Novembro de 2012 14:56

**Para:** Catarina Cardoso Tomás

**Assunto:** Resposta ao pedido de autorização para a realização de estudo

Boa tarde Dr<sup>a</sup> Catarina

Chamo-me Teresa Gouveia e sou a responsável pelo Projeto de Educação para a Saúde da Escola Secundária Domingos Sequeira de Leiria. É nessa qualidade que me dirijo a si para obter alguns esclarecimentos relativos à aplicação dos inquéritos associados ao estudo subordinado ao tema **“Literacia em saúde em Adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis.”**.

Se concordarmos em aplicar esses inquéritos aos nossos alunos, os mesmos serão fornecidos por si em suporte de papel para todos os envolvidos, sem que a escola tenha qualquer despesa nesse sentido?

Se viermos a aplicar os inquéritos poderemos utilizar posteriormente o seu conteúdo como base de discussão nas aulas de educação sexual?

Aguardo resposta para posterior decisão sobre a aplicação desses inquéritos na nossa escola.

Com os melhores cumprimentos

Teresa Gouveia

## **ANEXO IX**

### **Parecer da Comissão de Ética**



## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)**

### **Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação**

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

**Título do Projeto:** Literacia para a Saúde em Adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis.

#### **Identificação do(s) Proponente(s)**

Nome(s): Catarina Cardoso Tomás

Filiação Institucional: Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* (máximo 1 página A4)

**Investigador responsável/orientador:** Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós

#### **Justificação e Objetivos do Estudo:**

Literacia para a saúde trata-se de um conceito emergente, que reúne as áreas da saúde e da alfabetização. Este conceito baseia-se atualmente no pensamento de que a união destas duas áreas é fundamental para a vida quotidiana. Para o utente, é importante perceber a informação que lhe é transmitida, o que nem sempre acontece. Só assim, lhe é possível decidir de forma correta sobre a sua saúde, ter mais controle sobre si, e consequentemente, haver mais controle sobre a saúde das famílias e comunidades. Um investimento nesta área revela-se também na vertente da prestação de cuidados, uma vez que utentes informados, serão utentes capazes de tomar decisões mais acertadas, e portanto, mais capazes de tomar conta eficazmente da sua saúde, com menos recorrências ao sistema de saúde e, consequentemente, menos gastos de recursos.

A fase de transição que ocorre entre a adolescência e a vida adulta, a adolescência, compreende um período de aprendizagens e adaptações cruciais e essenciais que se irão refletir ao longo da vida adulta. Apesar de existirem alguns estudos em Portugal que avaliam as fontes de informação em Saúde dos adolescentes, é agora pertinente então perceber a relação entre essas mesmas fontes e a literacia para a saúde. Ou seja, a capacidade que os adolescentes portugueses possuem de procurar informação adequada, nas fontes adequadas, compreendê-la,

utiliza-la de forma adequada em situações concretas, convertendo-a em competências de literacia em saúde que permitirão a tomada de decisões saudáveis na fase adulta.

A investigação tem como questão principal: Em que medida as intervenções de enfermagem promotoras da literacia para a saúde facilitam os processos de transição desenvolvimentais na adolescência proporcionando estilos de vida saudáveis?

Como objetivos a atingir referem-se:

1. Avaliar o nível de competências de literacia para a saúde numa população de adolescentes portugueses
2. Identificar em que áreas de saúde a mesma população apresenta maior nível de competências de literacia para a saúde
3. Conhecer a percepção da população de adolescentes acerca das suas competências, conhecimentos e conforto, para encontrar, avaliar e utilizar a informação de saúde electrónica (e-literacia para a saúde).
4. Compreender onde os adolescentes procuram as mensagens de saúde e quais as mais valorizadas na promoção do conhecimento em saúde
5. Avaliar o nível de promoção de estilos de vida saudáveis adotados pelos adolescentes
6. Identificar os fatores de promoção de estilos de vida saudáveis mais privilegiados pelos adolescentes
7. Perceber a relação entre literacia para a saúde, fontes de informação e promoção de estilos de vida saudáveis na população de adolescentes
8. Identificar as intervenções de enfermagem realizadas pelos enfermeiros que intervêm na população de adolescentes com vista à promoção da sua saúde
9. Determinar a relação entre as intervenções realizadas pelos enfermeiros e os níveis de competências de literacia para a saúde e de promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes.

**Data prevista de início dos trabalhos:** Nov. 2011 **Data prevista de fim dos trabalhos:** Mar. 2014

## **Metodologia**

Tipo de Estudo: Transversal, retrospectivo, e metodologia mista com triangulação de métodos: compreende uma abordagem quantitativa a realizar aos adolescentes, por meio de um questionário; e uma abordagem qualitativa, a realizar aos enfermeiros que exerçam intervenções de promoção de saúde escolar aos adolescentes questionados, por meio de uma entrevista.

População e Amostra/Informantes: Serão compreendidas duas amostras de duas populações. Uma população compreende os adolescentes portugueses a frequentar o ensino secundário, sendo a amostra escolhida dentro dos adolescentes do Distrito de Leiria, a frequentar o ensino secundário de 4 escolas. A amostra é escolhida por conveniência, sendo constituída pelos alunos das quatro escolas selecionadas, a frequentar o ensino secundário. A segunda amostra inclui os enfermeiros que intervêm em parte da amostra de adolescentes participantes. A população compreende os enfermeiros que exercem intervenções de promoção de saúde escolar e a população alvo os enfermeiros que intervêm a nível escolar nas escolas selecionadas do Distrito de Leiria. O método de amostragem é mais uma vez, de conveniência.



**Crítérios de Inclusão/Exclusão:**

Como critérios de inclusão para a amostra de adolescentes definiram-se: ter idade compreendida entre 15 e 18 anos, frequentar o ensino secundário, aceitar participar no estudo, comunicar com a língua portuguesa. Como critérios de exclusão nesta amostra incluem-se não pertencer às escolas selecionadas, não dominar a língua portuguesa.

Na amostra de enfermeiros definiram-se como critério de inclusão aceitar participar no estudo, ter mais de 18 anos, e ter exercido qualquer atividade de promoção de saúde a nível escolar nas escolas selecionadas, e como critério de exclusão não ser enfermeiro ou não exercer as atividades de promoção de saúde referidas na qualidade de enfermeiro.

**Locais onde Decorre a Investigação:** A investigação decorrerá nas Instituições de Ensino Secundário do Distrito de Leiria (O Instituto Educativo do Juncal, A Escola Secundária D. Inês de Castro, a Escola Secundária Domingos Sequeira e a Escola Secundário Rodrigues Lobo) e nas Unidade de Cuidados de Saúde Comunitários do mesmo Distrito, que realizem Educação para a Saúde nas Escolas selecionadas.

**Instrumento(s) de Colheita de Dados:**

- Questionário elaborado com base em:
- Teste adaptado do "Exit Competencies' Assessement Instrument", elaborado por Garman, Hayduk, Posey, Teske e Crider em 2004.
- Adaptação de Health Literacy Questionnaire for Children, elaborado por Vardavas, Kondilis, et al. 2009
- eHEALS (eHealth Literacy Scale), elaborada em 2006 por Norman e Skinner.
- AHP (Adolescent Health Promotion Scale) elaborada em 2003 por Chen, Wang, Yang e Liou
- Entrevista semi-estruturada aos enfermeiros

**Garantia de Confidencialidade:**

Os questionários serão identificados com o número de estudantes, como forma de se poder proceder ao seu emparelhamento. Em relação à confidencialidade dos dados obtidos, este ficará salvaguardado, quer em relação às instituições participantes, quer em relação a terceiros. Nenhum dado de qualquer adolescente participante será revelado individualmente. Fica também salvaguardado o direito de recusa de qualquer participante, ou de desejo de desistência a meio do processo.

**Há previsão de danos para os sujeitos da investigação? Não**

Explicitar em caso afirmativo:

**Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação? Não**

Explicitar em caso afirmativo:

**Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:** Não se aplica

#### **ANEXAR**

**1 - Autorização/concordância dos serviços onde decorre a investigação** (caso já exista)

**2 - Folha de Consentimento Informado** (anexar) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- identificação do investigador;
- identificação do estudo;
- objetivos do estudo;
- informações relevantes;
- carácter voluntário da participação;
- confidencialidade das respostas
- declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo.

**3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados**

**4 – Projeto de Investigação** (máximo 20 páginas)

**5 – Curriculum Vitae do(s) Proponente(s)** (máximo 1 página por cada)

#### **Termo de Responsabilidade**

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

**Data:** 27/10/2011

**O(s) Proponente(s):**

Catarina Roldão Loureiro

(Assinatura manuscrita)

## **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Exmo(a). Sr(a). Enfermeiro(a)

Chamo-me Catarina Cardoso Tomás, sou enfermeira, e exerço atualmente funções de Assistentes de 1.º Triénio da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria. No âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem, encontro-me atualmente a realizar um estudo subordinado ao tema “Literacia para a saúde em Adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis.”, com o principal objectivo de conhecer de que forma os enfermeiros poderão contribuir de forma eficaz para a promoção do desenvolvimento de competências da literacia para a saúde dos adolescentes, bem como o impacto que as competências de literacia para a saúde e as fontes de informação mais valorizadas pelos adolescentes poderão ter na adesão a estilos de vida saudáveis.

Numa primeira fase deste estudo foi já realizado um levantamento quantitativo acerca dos níveis de competências de literacia para a saúde, fontes de informação mais valorizadas pelos adolescentes e promoção de estilos de vida saudáveis nas escolas Instituto Educativo do Juncal, Escola Secundária D. Inês de Castro, Escola Secundária Domingos Sequeira e Escola Secundário Rodrigues Lobo.

Nesta segunda fase, dirijo-me a V. exa., enquanto enfermeiro que exerce intervenções de promoção de saúde escolar numa das escolas seleccionadas para colaborar neste estudo.

Solicito desta forma a sua participação através de uma entrevista, que considero fundamental para o desenvolvimento deste estudo. Apesar disso, a sua participação é voluntária, sendo as respostas obtidas tratadas de forma confidencial e exclusiva para este estudo e publicações que advenham do mesmo.

A informação colhida por entrevista será baseada nas intervenções realizadas ou idealizadas a nível da saúde escolar e promoção de saúde dos adolescentes, sendo que, em caso de necessidade, poderão ser utilizados meios audiovisuais para facilitar a apreensão da informação, mas que o investigador se compromete a não divulgar.

Se por qualquer motivo quiser interromper a entrevista ou desistir a meio do processo, terá o direito de o fazer.

Eu, \_\_\_\_\_  
Enfermeiro (a), inscrito na Ordem dos Enfermeiros com o número \_\_\_\_\_,  
após devidamente esclarecido (a), aceito participar através de entrevista neste  
estudo intitulado: "Literacia para a saúde em Adolescentes: Intervenções de  
enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida  
saudáveis"

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

## Adolescent Health Promoting Scale

**Directions:** This questionnaire contains statements regarding your present way of life or personal habits. Please respond to each item as accurately as possible, and try not to skip any item. Please fill in the available blank that you did during this year.

	10% Never	30% Sometimes	50% Half	70% Often	90% Always
1. I eat three meals daily.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I choose foods without too much oil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Include dietary fiber (e.g. fruits or vegetables).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Drink at least 1500 cc of water daily (or 6-8 cups).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Each meal includes five food groups. (e.g. Bread, meat, milk, fruit, vegetable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eat breakfast daily.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I speak up & share my feelings with others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I care about other people.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I talk about my concerns with others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Make an effort to smile or laugh every day.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Enjoy keeping in touch with relatives.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Make an effort to have good friendships.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Talk about my troubles to others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Read food labels when I shop.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. I watch my weight.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Discuss my health concerns with a doctor or nurse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Observe my body at least monthly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Brush my teeth and use dental floss after meals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	10% Never	30% Sometimes	50% Half	70% Often	90% Always
19. Wash hands before meals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Read health information.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Make an effort to choose foods without preservatives (e.g., an additives on food).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Make an effort to like myself.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Make an effort to feel happy and content.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. I usually think positively.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Make an effort to understand my strengths, weaknesses and accept them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Make an attempt to correct my defects.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Make an effort to know what's important for me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Make an effort to feel interesting and challenged every day.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Make an effort to believe that my life has purpose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Perform stretching exercise daily.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Exercise rigorously 30 minutes at least 3 times per week	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Participate in physical fitness class at school weekly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Warm up before rigorous exercise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Make an effort to stand or sit up straight.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Make an effort to spend time daily for relaxation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Make an effort to determine the source of my stress.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Make an effort to watch my mood changes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sleep for 6-8 hours each night.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Make schedules and set priorities.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. I try not to lose control when things happen that are unfair.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scoring Instructions: Items are scored as

1. Never: 0-10% \*1
2. Sometimes: 11-30% \*2
3. Half : 31-60% \*3
4. Often: 61-80% \*4
5. Always: 81-100% \*5

Adolescent Health Promoting Scale	1 to 40
Nutrition	1 to 6
Social Support	7 to 13
Health responsibility	14 to 21
Life appreciation	22 to 29
Exercise	30 to 34
Stress management	35 to 40

## References

- Chen, M.Y., Wang, E.K. Cheng, Y.J. (2006). Adequate sleep is positively associated with health status and health-related behaviors of Taiwanese adolescents. *BMC Public Health*, 6:59. Available online: 8 March, 2006.
- Chen, M. Y., James K., Wang, E.K. (2006). Comparison of health-promoting behavior between Taiwanese and American adolescents: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Study*, (in press)
- Chen, M.Y., & James, K. (revised, 2006). Cross validation and discriminant validity of Adolescent Health Promoting scale among overweight and non-overweight adolescents. Public Health Nursing,**
- Chen, M. Y., James, K.S. (2005). Health-related behavior and adolescent mothers. *Public Health Nursing*, 22 (4), 280-288.
- Chen. M. Y., Chou, C.C., Hsu, C. Y. (2005). The experiences of overweight female adolescents after health promotion counseling. *The Journal of Nursing Research*, 13 (1), 41-48.

## Appendix 1: eHealth Literacy Scale

I would like to ask you for your opinion and about your experience using the Internet for health information. For each statement, tell me which response best reflects your opinion and experience *right now*.

1. How **useful** do you feel the Internet is in helping you in making decisions about your health?

o1	o2	o3	o4	o5
Not useful at all	Not useful	Unsure	Useful	Very Useful

2. How **important** is it for you to be able to access health resources on the Internet?

o1	o2	o3	o4	o5
Not important at all	Not important	Unsure	Important	Very important

3. I know **what** health resources are available on the Internet

- 1) ☐ Strongly Disagree
- 2) ☐ Disagree
- 3) ☐ Undecided
- 4) ☐ Agree
- 5) ☐ Strongly Agree

4. I know **where** to find helpful health resources on the Internet

- 1) ☐ Strongly Disagree
- 2) ☐ Disagree
- 3) ☐ Undecided
- 4) ☐ Agree
- 5) ☐ Strongly Agree

5. I know **how** to find helpful health resources on the Internet

- 1) ☐ Strongly Disagree
- 2) ☐ Disagree
- 3) ☐ Undecided
- 4) ☐ Agree
- 5) ☐ Strongly Agree

6. I know **how to use** the Internet to answer my questions about health

- 1) ☐ Strongly Disagree



2) ☐ Disagree

3) ☐ Undecided

4) ☐ Agree

5) ☐ Strongly Agree

7. I know how to use **the health information** I find on the Internet to help me

1) ☐ Strongly Disagree

2) ☐ Disagree

3) ☐ Undecided

4) ☐ Agree

5) ☐ Strongly Agree

8. I have the skills I need to **evaluate** the health resources I find on the Internet

1) ☐ Strongly Disagree

2) ☐ Disagree

3) ☐ Undecided

4) ☐ Agree

5) ☐ Strongly Agree

9. I can tell **high quality** health resources from **low quality** health resources on the Internet

1) ☐ Strongly Disagree

2) ☐ Disagree

3) ☐ Undecided

4) ☐ Agree

5) ☐ Strongly Agree

10. I feel **confident** in using information from the Internet to make health decisions

1) ☐ Strongly Disagree

2) ☐ Disagree

3) ☐ Undecided

4) ☐ Agree

5) ☐ Strongly Agree

***Thank you!***

*\* Note: Questions #1 and #2 are recommended as supplementary items for use with the eHEALS to understand consumer's interest in using eHealth in general. These items are not a formal part of the eHealth Literacy scale, which comprises questions #3-10.*

Table 1

---

NATIONAL HEALTH EDUCATION STANDARDS  
ASSESSMENT INSTRUMENT<sup>1</sup>

---

**SELECT THE BEST ANSWER**

**Answer questions 1 - 6 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Maria has become very busy since she graduated from high school and started college. She is a full-time student at a large northeastern university, earns above average grades, and is very active in campus clubs and organizations. Her classes and campus activities leave her little time to socialize with her friends. While she managed to balance academics with social interests in high school, she is beginning to feel out of control. She feels as if is letting her friends down because she has had to cancel several activities that they had planned, and she feels guilty because she isn't able to meet all her other obligations. Since the beginning of the semester, she has gained twelve pounds, and, to her dismay, has started to smoke again after two years without cigarettes. Returning to that habit especially after struggling so hard to previously stop really has her upset. She blames it on the influence of her roommate, a smoker, whose parents own a large, successful southern tobacco farm and who is very vocal about "freedom of choice" and "smokers only hurting themselves." Maria has always thought that she was in control of her life and has managed well up until now. She really wants to spend more time with her friends without giving up her other activities and get back to her "old self."

1. If Maria succeeds in improving her areas of concern, she will most likely see a corresponding improvement in her \_\_\_\_\_ health.
  - a. spiritual and intellectual
  - b. social and emotional
  - c. emotional and physical
  - d. intellectual and physical
2. Maria's first step in changing her behaviors that prevent her from spending time with her friends should be to:
  - a. review her daily and weekly schedules
  - b. consider the other changes she should make in her life
  - c. develop two or three possible strategies for change
  - d. figure out how to reward herself
3. What are some of the potential short-term "health" implications of Maria's situation?
  - a. increasing weight, no change in "guilt" feelings and normalized stress
  - b. declining fitness capacity, increasing stress levels and decreasing classroom performance
  - c. increasing feelings of "guilt," increasing social isolation, and stabilized substance use
  - d. increasing substance use, academic performance problems and decreasing stress
4. If Maria wanted to explore her roommate's argument about "smokers only hurting themselves," where might she look for accurate, unbiased information?
  - a. industry "trade" journals available in and through college libraries and internet sites addressing substance use and dependence
  - b. professional journals with national reputations and websites from research institutions in tobacco producing states
  - c. websites such as those from the Centers for Disease Control and the National Institute for Health and "ethics" articles that present both sides of the debate
  - d. popular magazines that report on the dangers of "second hand" smoke and provide "tips" for stopping

5. What elements of Maria's past suggest she may be capable of behavioral change?
  - a. prior success and recognition of potential health impact of current situation
  - b. minimal, negative current issues but a desire for change in present situation.
  - c. gender, youth and desire for change.
  - d. can't determine from available information
6. If Maria chooses to try to get back to her "old self," how might she get support from her roommate?
  - a. explain her desire to adjust her unhealthy behaviors and insist her roommate stop smoking
  - b. continually provide her roommate with web site addresses and magazine articles that prove that weight gain and smoking is harmful
  - c. share her interest in changing behaviors and ask her roommate how she might help make it easier
  - d. reduce the amount of time spent with her roommate and seek friends who practice the habits Maria is trying to reinforce

**Answer questions 7 - 10 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Abbey and Joe are almost twenty and have been engaged for two years. Both live in their own apartments and on tight budgets. They have abstained from sexual intercourse, choosing to wait until they are married. Both want to have children, but they agree that they will wait for 2 or 3 years. A recent discussion focused on the type of contraception that will be best for them. Abby has an allergy to latex, a history of urinary tract infections, and menstrual irregularities. They are also concerned with potential budget issues as they move from being single to newly weds.

7. What considerations should the two discuss prior to making a decision on contraception?
  - a. effectiveness, cost, safety, and impact on frequency of sexual activity
  - b. side effects, effectiveness, ease of use and peer choices
  - c. reversibility, cost, health risk, and convenience
  - d. partner's preference, reliability, accessibility, and safety
8. What community resources are available to assist Abbey and Joe in their contraceptive selection decision?
  - a. family physician, internet access at a community library, and family planning agencies
  - b. neighborhood drug store and churches and synagogues
  - c. pharmacists, personal physicians and friends
  - d. high school teachers and coaches
9. If Abbey obtains information from the "web," she might evaluate its quality by assessing the nature of the material to determine if the writing is "informational" or "advertisement." Which of the following should not be considered when evaluating the value of "web" information?
  - a. "popularity" of people giving testimonials about the product
  - b. "identity and reputation" of the provider
  - c. determine whether the "owner" of the web site will make money by promoting the information
  - d. scientific accuracy of the information
10. Under the current circumstances, which contraceptive method is best for Abbey and Joe to use?
 

a. Depo-Provera	b. male condom
c. diaphragm	d. Norplant

**Answer questions 11 -16 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Molly is 18 years old, a cigarette smoker, sexually active and has had more than one sexual partner. She protects herself from pregnancy by taking the pill and from sexually transmitted diseases (STDs) by requiring that her partner wear a condom unless the sexual activity is limited to oral sex. Molly has never had any signs or symptoms of an STD. She has been with her current partner for almost a year, and lately he has been pressuring her to have

intercourse without a condom saying that it will “make them closer and take their relationship to a new level.” She has been resisting which only makes him mad.

11. Which one of the following statements, about Molly’s risk for STD infection, is true?
  - a. Molly is at high risk for infection of genital warts and pelvic inflammatory disease.
  - b. Molly is at high risk for HIV and hepatitis B infection.
  - c. Molly is at high risk for infection from genital herpes and toxic shock syndrome.
  - d. Molly is at high risk for chlamydia infection and hepatitis A.
12. What action can Molly take to further reduce her risk of STD infections?
  - a. use generous amounts of spermicidal creams or jellies in addition to condoms
  - b. in addition to condoms, use a diaphragm with a spermicide
  - c. wash thoroughly after intercourse
  - d. have regular, periodic screenings
13. If Molly were to acquire an STD infection,
  - a. she would know immediately because of the symptoms.
  - b. she would need to tell only her last sex partner about the infection.
  - c. a course of antibiotics would cover any STD she would be most likely to contract.
  - d. she should avoid all sexual activity until treatment is complete.
14. As Molly made decisions about the type of “protection” she would use, she needed to consider the “reputation” and quality of the information source, safety and STD protection capabilities, and which of the following?
  - a. how many of her friends use a similar product
  - b. product durability
  - c. what her partner likes
  - d. cost and ease of use of the product
15. How should Molly deal with her partner’s recent pressure?
  - a. ignore it, and if he persists break up with him
  - b. talk to him about her concerns and try to find “common ground”
  - c. discuss other ways to address his “demands”
  - d. give in to avoid his anger
16. Molly is using the pill as a method of controlling her fertility. What symptoms might indicate that she is “at risk” with continued use?
  - a. nausea, falling blood pressure, and weight gain
  - b. headaches, dizziness, and leg pain
  - c. vision problems, elevated blood pressure, and weight loss
  - d. abdominal pain, weight gain, and hearing loss

**Answer questions 17 - 23 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Luis, a freshman at Knighton College, is majoring in criminal justice hoping for a career in law enforcement. In high school, both he and his teammate, Nevin, played defensive tackle on their team successfully enough to receive athletic scholarships from the college. However, a recurring ankle tendon injury forced Luis to give up football. That was a difficult decision, and prior to making it, he tried everything to continue playing: visits to the trainer and team physician and long, hard rehabilitation. When that proved unsuccessful, he even started “doctoring” himself. All to no avail. Now, after three months of minimal activity, he finally feels healed, but knows he’s turned into a “couch potato.” Though he recognizes his playing days are over, he wants to get back into shape.

17. What would be a good beginning workout schedule for Luis to follow if his goal was to improve his cardiovascular endurance?

- a. bicycle 2 times per week for a maximum duration of 15 minutes per session
- b. 3 - 4 days of full court basketball, followed by 3 - 4 days of rest
- c. brisk walking or slow jogging for a minimum of 20 minutes every other day
- d. 30 to 60 minutes of weight training every day

18. As a result of his injury, Luis found that he was eating more "junk" food, having difficulty concentrating on school work, and arguing more with his girlfriend. This suggests a linkage between:

- a. physical and environmental health
- b. mental and physical health
- c. social, emotional and physical health
- d. spiritual and mental health

19. As Luis attempted to treat his own injury, where could he look for accurate, unbiased information?

- a. strength and fitness magazines sold at the college bookstore
- b. web sites from nationally recognized medical centers
- c. anatomy and physiology textbooks from the library
- d. pamphlets picked up from the local drug store

20. If Luis begins to develop symptoms of another tendon injury, what would it be best for him to do?

- a. see his doctor immediately
- b. reduce or stop his activity to determine if the injury improves; if not, see a doctor
- c. rest, ice, and elevate his leg but keep on working out
- d. use "hot rub" to loosen up the tendon

21. If he decides to see a doctor again, where might he go to get the best help for the least cost?

- a. hospital emergency room
- b. bone and joint specialist
- c. physical therapist working in a hospital practice
- d. a "general practice" medical doctor

22. A death in Nevin's family has made him think about some of his lifestyle choices, and he decides to improve his health. He is, however, pledging a fraternity and has very little free time. To get the greatest health benefits with the least time commitment, Nevin would be wise to concentrate on improving his:

- a. power and agility
- b. flexibility and balance
- c. muscular strength
- d. cardiovascular endurance

23. As Luis and Nevin continue their involvement with physical activity, the most important variable linking their activity to good health is:

- a. activity selection
- b. length of exercise sessions
- c. intensity of effort
- d. regularity of participation

**Answer questions 24 - 29 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Carol and Dina both gained the infamous "freshman fifteen" - a weight gain of about fifteen pounds since they started new jobs and attending classes at the local community college. They blame this on late night snacking on soda, pizza and potato chips. These behaviors were influenced by their workload and the stress resulting from Carol's mother's recent diagnosis of diabetes, and Dina's dad suffering a heart attack at age 47. Experiencing first hand the potential negative effects of excessive body fat on their future health, not to mention its impact on their clothing budget,

they are determined to change their eating habits and loose weight. The following represents two sample menus from Carol's and Dina's new eating plan.

**A**

**B**

**Breakfast:**

1 bagel with cream cheese  
1 cup cappuccino

2 poached eggs  
2 pieces of white toast with margarine  
1 cup orange drink

**Lunch:**

1 grilled cheese sandwich  
1 tossed salad  
(iceberg lettuce, tomatoes, cucumbers)  
1 serving french fries  
1 glass iced tea

1 lean hamburger on roll  
(lite mayo, lettuce, tomato)  
2 mozzarella sticks  
1 cup lemonade

**Dinner:**

2 cups pasta  
(shrimp, garlic, margarine)  
2 slices garlic bread  
1 tossed salad  
(iceberg lettuce, tomatoes, cucumbers)  
1 can diet soda

2 skinless chicken breasts  
1 baked potato with sour cream  
1 cup applesauce  
1 can diet soda

**Snacks:**

1 cup pretzels  
1 can diet soda

12 Saltine crackers  
1 can diet soda

24. Which of these menus best matches the recommendations of the Food Guide Pyramid?

- a. sample menu A because it is low in fat and high in protein
- b. sample menu B because it is low in carbohydrates
- c. both because they each menu provides a variety of nutrient dense foods
- d. neither because both menus are high in fat and low in fiber

25. As Dina and Carol attempted to eat according to the recommendations of the food pyramid, their initial thoughts were, "There is no way I can eat that much and not gain weight!" This perception results from misunderstanding the concept of

- a. food quality
- b. food portion
- c. food selection
- d. food cost

26. Over time, both women experienced declining body weight as a result of following this new eating pattern and a decision to also begin an exercise program so they could "turn fat into muscle." They averaged a 1-2 pound drop in weight per week. Was this rate of loss healthy?

- a. yes
- b. no
- c. can't determine because we don't know how many calories they eat daily
- d. can't determine because we don't know what exercises they are doing

27. To be continually successful with weight loss, these two women would be well advised to:
- continue their nutritional focus by eliminate all fat from their diet
  - balance their increased energy usage by taking vitamin and mineral supplements
  - choose nutrient dense foods by eliminating all animal products from their diets
  - focus on moderating the fat and sugar content of their diet while increasing activity
28. If Carol and Dina are unsuccessful in losing body fat and end up gaining more, what short term health consequences could result?
- excessive fatigue and low blood pressure
  - elevated blood pressure and cholesterol
  - high blood sugar and energy levels
  - high cholesterol and low fatigue levels
29. Considering the nature of the parents' illness, which of the following would not be a prudent "health management strategy" for the two students?
- successful weight management and healthy food choices
  - exercise regularly and don't worry about getting cholesterol checked
  - discussion with family doctor about potential diabetes and heart attack risk
  - intermittent blood tests to check cholesterol and sugar levels

**Answer questions 30 - 36 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Mike is a senior in high school. The group he runs with has easy access to liquor and beer and, at most parties, its readily available. In fact, several teenage driving under the influence (DUI) accidents and traffic deaths have made it a major school and community concern. For the past 5 months, Mike has been spending most weekends, beginning Friday nights, playing poker. The games go on all night and he usually drinks 8 to 10 beers and smokes heavily while he plays. He sometimes uses "speed" to stay awake during the all-night poker games. He then pops other pills so that he can sleep during the day and be ready for the next night's game. Mike's friends are worried that he is hooked on drugs and alcohol and cannot control his gambling. Mike claims that he does not have any problems. He admits that he hides his gambling from his parents who supply his allowance. He does not hide his gambling from others and does not gamble more than he can afford to pay. Mike boasts he can drink more beer now than when he was a freshman without having a hangover the next day. He dismisses the risks associated with mixing alcohol with other drugs stating that only people who don't know what they are doing have problems. In fact, even though school and community education programs and zero tolerance law enforcement by the local police have reduced alcohol usage among teens in his community, Mike brags about his drinking and ability to avoid getting arrested. Lately, he has increasing trouble making his Monday morning classes and his grades have dropped this significantly.

30. Would you consider Mike a binge drinker?
- yes
  - no
  - depends on the speed with which he drinks
  - can't determine from available information
31. If Mike's alcohol usage continues, what are some potential short-term consequences?
- liver damage
  - academic and legal trouble
  - sustained memory loss
  - increasing gambling debt
32. Continued substance use potentially could yield all of the following long-term effects except?
- medical crisis resulting from drug interaction
  - alcohol dependency
  - fatigue
  - liver damage

33. Which of the following have not been influenced or resulted from public opinion about drug and alcohol usage in Mike's community?

- a. elimination of a school curriculum on drugs and alcohol
- b. alcohol related traffic accidents
- c. zero tolerance law enforcement for under age drinking
- d. deaths associated with alcohol consumption

34. Have public efforts and government regulations had an effect on the community's problem?

- a. yes
- b. no
- c. maybe
- d. can't determine from available information

35. Which of Mike's current habits provides the strongest suggestion that he needs professional help?

- a. falling grades
- b. hiding his gambling from his parents
- c. increasing alcohol tolerance
- d. use of both alcohol and other drugs

36. If Mike wanted to talk to someone about his growing substance use, all of the following community resources might provide help except?

- a. family physician and school counselors
- b. alcoholics anonymous or similar groups
- c. churches, synagogues or mosques
- d. friends engaging in similar behaviors

**Answer questions 37 - 40 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** "What a night!" thought Denise as she walked down the darkened street. She finally went out with Robbie, and it was a disaster. They had a great time at the movie, but when they went to get a pizza, it all fell apart. How was she to know that her old boyfriend would be at the same restaurant? He came over and started mouthing off – made some remarks about her "reputation" and started touching her - trying hard to pick a fight. Rob held off as best he could but finally nailed the guy. They went at it pretty good. Even had some friends join in. What a mess! Now both of them were bruised and arrested, and she was faced with walking home alone late at night.

37. When initially confronted in the restaurant, what could Denise or Robbie have done to reduce the potential for trouble?

- a. ignore the comments
- b. make fun of the boyfriend
- c. insist that he leave their table
- d. respond aggressively to make him "back off"

38. As things got more tense, what could Denise or Robbie have done to reduce the potential for trouble?

- a. ask for the manager
- b. speak loudly to draw attention to the situation
- c. be unresponsive to the boyfriend's comments and actions
- d. have someone call the police



39. As Denise walks home alone, what would be the most practical suggestion for reducing her risk for becoming a victim of violence?

- a. walk away from the buildings and on well lighted streets
- b. talk loudly to herself
- c. take the shortest route home
- d. join up with someone else on the street

40. What might be the underlying cause of this incident?

- a. old boyfriend's jealousy
- b. poor communication between Denise and Robbie
- c. Denise's low self-esteem
- d. Robbie's desire to show-off

**Answer questions 41 - 44 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Sydney, a junior in high school, has just been diagnosed with cancer. Her doctor told her she has an excellent chance of being cured but must undergo chemotherapy and radiation treatments. Though her family and friends have been supportive, she feels overwhelmed with the decisions that she must consider regarding her treatment. Sydney used to laugh and smile and share her great sense of humor. Now she rarely smiles or laughs, complains that she can't sleep, and says that she can't think clearly. Her thoughts are increasingly disorganized.

41. The changes in Sydney's mood and thought processes results from

- a. her body's ongoing response to stress
- b. cancer's effect on her nervous system
- c. family pressures relating to treatment
- d. current levels of medication

42. What action could Sydney first take to help alleviate some of the stress effects that she is experiencing?

- a. share her fears with a friend
- b. see a psychiatrist
- c. give her physician unlimited authority to make decisions about her treatment
- d. ask her physician to prescribe anti-anxiety medication

43. If her initial efforts at stress management aren't successful, all of the following approaches might help except?

- a. progressive relaxation
- b. extended use of over-the-counter sleeping pills
- c. yoga or tai chi
- d. breathing exercises

44. If Sydney is unsuccessful dealing with the stress this situation produces, what could be the most problematic of some potential health consequences?

- a. a greater reduction in her immune response
- b. loss of friends
- c. difficulty in school
- d. weight loss

**Answer questions 45 - 50 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Tony's dad is 56 years old and considers himself to be in good health, but he has a family history of heart disease, stroke and diabetes. He recently had a routine physical exam and was told that his blood pressure was 142/85 mm Hg, his total cholesterol was 210 mg/dl (LDL was 175 mg/dl and HDL was 35 mg/dl), and his blood sugar levels

were normal. He was informed that his blood pressure was slightly elevated and his weight of 190 pounds made him about 10 pounds overweight.

45. The doctor conducting the exam expressed some concerns about the results of the physical. What finding is the key source of his concern?

- a. cholesterol levels
- b. blood pressure
- c. weight
- d. age

46. What is the nature of the doctors concern?

- a. risk for heart valve problems
- b. risk for obesity
- c. risk for diabetes
- d. risk for coronary heart disease

47. The physician will likely suggest that Tony's dad make all of the following lifestyle changes except:

- a. increase soluble fiber intake
- b. maintain current sugar intake
- c. increase physical activity
- d. decrease saturated fat intake

48. Tony's mother has decided to alter some of the family's dinner menus to try to eat in a healthier manner. Where might she go to get the best nutritional information for a "heart healthy" diet?

- a. local office of the American Heart Association
- b. cookbook section of any book store
- c. family doctor's office
- d. checkout lane in the grocery store

49. Most adults in Tony's town come from German, Italian or Latino ancestry, seem overweight, and a lot die from heart attacks. When he has supper at his girlfriend's or teammates' houses, he is encouraged and expected to eat large meals frequently of "starchy" foods. Seem as if that's always the way its been. This "style of eating" might be:

- a. an environmental contributor to poor health
- b. a "cultural" reason for overweightness
- c. the major cause of heart attacks in his community
- d. based on a need for lots of calories

50. Last night, after supper, Tony's dad complained of feeling light-headed, experienced mild, short duration pain in his neck and left arm, and sweated heavily. He should have:

- a. ignored it, for it was only indigestion
- b. gone to the hospital immediately
- c. waited a few hours to see if the discomfort passed
- d. taken a pill to reduce stomach gas and heartburn

**Answer questions 51 - 58 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** Naturally blond and fair skinned, Liz has experienced her share of sunburns as she worked on her tan. After all when you lived your whole life in southern Florida, being outside in the sun was a big part of the social scene. Not wanting to be left out, she frequently joined her friends at the beach. Regardless how much she tried to avoid it, she always managed to end up getting too much sun. This last summer was particularly bad, for even with a SPF #30 sunscreen, she developed a blister on her back. That killed the beach and, until it healed, she felt like a social outcast.

51. Repeated exposure to the sun significantly increases your risk for all of the following except?
- vision problems
  - premature aging of the skin
  - skin cancer
  - early hair loss
52. Repeated sunburns are more problematic than a one time overexposure because:
- ultraviolet radiation never goes away
  - "sun damage" is cumulative
  - skin becomes scarred with repeated "burns"
  - sun screens intensify ultraviolet radiation
53. When Liz tried to share her concerns about getting too much sun, her friends weren't willing to listen. In fact, they laughed at her saying everyone got sunburned - no big deal! How might Liz address this situation?
- vigorously express her opinions to anyone who might listen
  - try to convince the group that they all need sun screen or they will get skin cancer
  - insist her friends plan social activities that don't involve the beach
  - tell her friends that she needs to limit the amount of time she is in the sun, her health is important and trust that they will respect her position and decision
54. Many of the "tanning" opinions of Liz's friends were based on their impressions of good health as seen on individuals in the movies and magazines. This suggests that
- the media is a good source of body image/appearance information
  - if it's promoted in the press or on the screen, it must be all right
  - the tanned appearance of fashion models will, if copied, make you popular
  - media can influence decisions about health practices
55. Which of the following strategies might be best if Liz wants to reduce her potential for skin cancer while still continuing her trips to the beach with her friends?
- join her friends only before 10 am or after 4 pm
  - wear a long sleeved t-shirt, a wide brimmed hat and use a sun block with an SPF of at least 45
  - insist her friends only use beaches that have some shade
  - be responsible for planning all outings so she can control location
56. Because of her repeated sunburns, Liz takes time to periodically examine her skin. She pays close attention to her moles. What are some changes in her skin moles that indicate a trip to the doctor is necessary.
- border irregularity, shrinkage and color variation
  - size, color variation and irregular appearance
  - unchanging appearance, shrinkage and border irregularity
  - size, border irregularity and speed of healing
57. Liz's parents are members of an HMO (health maintenance organization), and she is covered under their medical benefits. If she wants to see a doctor about a changing mole, who would she probably need to call for an initial appointment.
- a skin specialist
  - a cancer specialist
  - her family doctor
  - the local hospital's emergency room
58. What is the primary, if any, environmental influence contributing to Liz's potential for developing skin cancer?
- geographic location
  - outdoor social activities
  - frequency of "beach" visitations
  - strength of sun screen used

**Answer questions 59 - 60 based on the following situation and your health knowledge.**

**Situation:** To complete a volunteer service requirement for her school, Jennie helps at a local retirement community. She lends a hand with a variety of activities: wrapping birthday packages, holiday decorating, and letter writing, to name a few, but what she does most frequently is assist residents on trips to the grocery store. Not only does this give her an opportunity to meet a varied selection of the residents, but it also gives her a chance, as a result of meetings with the food service department's registered dietician, to expand her own knowledge of sound nutritional choices and products. Tentative at first, Jennie, until recently, felt comfortable assisting the elderly in "stretching their dollars" without compromising the quality of their meals. Lately, however, she feels caught between the instructions of the dietician to encourage low salt food purchases and the desires of some residents to eat what they please.

59. How might Jennie resolve this dilemma?

- a. because of the age of the residents, allow them to eat what they want
- b. insist of following the dieticians instructions even if it angers the residents
- c. try to encourage without insisting and suggest residents try some low salt products
- d. try to satisfy both interests without letting the other side know what is happening

60. Jennie's approaches to encouraging low salt food choices could successfully include all of the following except?

- a. talk about the excitement of exploring new foods
- b. share label information on sodium content of varying food products
- c. try to identify lower salt foods in the shopper's "food history"
- d. select products without consulting the shopper

---

**Notes:**

1. Elements modified from Insel, et al. (2002). Core concepts in health instructor's resource guide. New York: McGraw-Hill.

## Health Literacy Questionnaire for Children

*Please complete this questionnaire as fully as possible to help us better understand how you receive health information and how this can be improved in the future.*

### **I. Personal Demographics**

1. What is your gender?      ☐ Male      ☐ Female
2. How old are you?    <12 ☐      12-15 ☐      16-18 ☐      18+ ☐
3. What city do you live in? \_\_\_\_\_
6. What ethnicity do you consider yourself? (check all that apply)  
☐ Greek      ☐ Albanian      ☐ Asian      ☐ Russian      ☐ Other: \_\_\_\_\_

### **II. Reason for Visit to Hospital/Doctor**

1. When was the last time you went to a doctor? (month/year) \_\_\_\_\_
2. What type of doctor did you visit? (check ONE)  
☐ General practitioner    ☐ Pediatrician      ☐ Orthodontist / Dentist  
☐ Other Specialized doctor (indicate specialty: \_\_\_\_\_)
3. How often have you visited the hospital or doctor in the last six months?  
☐ no other time      ☐ 1-2 times      ☐ 3 or more times
4. Was your visit for the same reason(s) you stated above (in 1)?  
☐ Yes      ☐ No      ☐ Not sure
5. Did you request to see the Doctor?    ☐ Yes    ☐ No    ☐ Not sure
6. If "no" (in #5) who decided for you to see the Doctor?  
☐ my parent    ☐ other (list): \_\_\_\_\_

### III. Health Literacy Questions

1.	From where do you acquire pamphlets / brochures? <input type="checkbox"/> I don't <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Other (list): _____						
2.	Who is the first person you talk to when you have a health problem (when you are sick)? (List & your relation with them): _____						
3.	What health topics have you received any health information for in the past year? (check all that apply)	<input type="checkbox"/> Healthy mouth (teeth and gums) <input type="checkbox"/> Sexual health (STDs, HIV/AIDS) <input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Exercise <input type="checkbox"/> Smoking (quitting) <input type="checkbox"/> Particular health topic (like diabetes)–List: _____ <input type="checkbox"/> Other (list): _____					
			Not at all	Rarely	Sometimes	Often	Always
4.	Do you get health information from your <b>pharmacist</b> ?						
5.	Do you get health information from <b>television</b> ?						
6.	Do you get health information from <b>popular magazines</b> ?						
7.	Do you get health information from you <b>doctor</b> ?						
8.	Do you get health information from the <b>internet</b> ?						
9.	Do you get health information from your <b>family</b> (parents)?						
10.	Do you get health information from your <b>friends</b> ?						
11.	Do you get health information from <b>pamphlets / brochures</b> (given to you at the office or hospital)?						
12.	Do you read the pamphlets once you have picked them up?						
13.	Does the person who handed you the pamphlet / brochure go through it with you?						
14.	Do you find the information in the pamphlets / brochures useful (helpful)?						
15.	Do you feel <b>comfortable</b> talking to your doctor?						
16.	Does your Doctor answer all your questions?						
17.	Do you understand the <b>directions</b> given to you by your doctor?						
18.	Do you follow doctor's <b>advice/orders</b> ?						
19.	Do others influence the way you follow doctor's orders?						
20.	Add any additional comments:						

**IV. Follow up information (optional) :**

*We would like to follow-up with you for any future research related to this topic. With your permission, please provide us with your contact information and preferred times of contact.*

Name: \_\_\_\_\_

Telephone(s): \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

*Best times to contact you?*   ☐ *Anytime*   ☐ Mornings

*Please return the COMPLETED survey to your teacher/professor*

# Curriculum Vitae

## Informação pessoal

Apelido(s) / Nome próprio	<b>Cardoso Tomás, Catarina</b>	
Morada	Chão da Feira – N.º 3, Estrada Nacional N.º 1, 2480-060 Calvaria de Cima	
Telefone	244 481 650	Telemóvel: 919 173 035
Correio electrónico	<a href="mailto:catarina.cardosot@gmail.com">catarina.cardosot@gmail.com</a>	
Data de nascimento	07 de Fevereiro de 1984	

## Formação académica

**Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria** (a frequentar desde 13 de Outubro de 2011)  
Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria

**Programa Doutoral em Ciências de Enfermagem** (a frequentar desde 8 de Março de 2010)  
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto

**Curso de Licenciatura em Engenharia da Segurança do Trabalho** (de 2007 a 2011) - 17 valores – Nivel A  
ISLA – Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria

**Curso de Licenciatura em Enfermagem** (de 2002 a 2006) - 15 valores - Bom

## Experiência profissional

**Assistente 1.º Triénio** (desde 01 de Dezembro de 2009)  
Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria

**Enfermeira / Responsável de Enfermagem do CRI de Leiria (ET Leiria, Marinha Grande e Pombal)** (de 2006 a 2009)  
E. T. Leiria / CRI de Leiria / Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público

**Enfermeira** (de 2008 a 2009)  
Leiriderme, Clínica & SPA

**Enfermeira** (de 2007 a 2008)  
Porta Azul / Associação Novo Olhar

**Formadora na Área da Saúde** (de 27 de Novembro de 2006 a 15 de Junho de 2007)  
Nota Máxima, Lda

## Publicações

**“Riscos Psicossociais e Clima Organizacional: Burnout nos Enfermeiros que Cuidam em Toxicodependência”**  
Revista Toxicodependências, 17 (2): 23-30.

**“Análise Descritiva da Violência, Clima Organizacional e Burnout numa amostra de Enfermeiros Portugueses”**  
e-book - Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir (A aguardar publicação)

**“O Enfermeiro como Gestor de Caso: no Tratamento das Toxicodependências”**  
Revista Sinais Vitais, n.º 90

## Comunicações Livres

**“Prevalência de Risco Cardiovascular, Excesso de Peso e Índice de Massa Gorda numa amostra de praticantes regulares de exercício físico”** ALADEFE, Setembro 2011

**“Evolução do Vestuário em Enfermagem”** Dia Aberto de Comemorações “O Legado de Florence Nightingale”, Dezembro de 2010

**“Violência, Clima Organizacional e Burnout: Estudo das suas relações e Dependências nos Enfermeiros que cuidam em Toxicodependências”** Fórum de Enfermagem no âmbito das Comemorações “Enfermagem: Nightingale aos dias de Hoje – 100 anos”, Novembro de 2010

## Pósters

**“Análise Descritiva da Violência, Clima Organizacional e Burnout numa amostra de Enfermeiros Portugueses”** (Prémio Melhor Poster)  
V Congresso Saúde e Qualidade de Vida, Fevereiro de 2011



# Projeto de Investigação

**Catarina Cardoso Tomás**

**Orientador:** Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós

**Coorientador:** Professora Doutora Teresa de Jesus Rodrigues Ferreira

Porto, Outubro 2011

## **Projeto de Investigação**

“Literacia para a Saúde em Adolescentes: Intervenções de Enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis”

**Catarina Cardoso Tomás**

**Orientador:** Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós

**Coorientador:** Professora Doutora Teresa de Jesus Rodrigues Ferreira

Porto, Outubro 2011

## **ÍNDICE**

	<b>Páginas</b>
<b>1. JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA DO TEMA</b>	<b>3</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
<b>3. OBJECTO E OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
3.1. TEMA	7
3.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	7
3.3. OBJETIVO GERAL	7
3.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>9</b>
4.1. TIPO DE ESTUDO	9
4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	9
4.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO	10
4.4. INSTRUMENTOS	10
4.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS	11
<b>5. CRONOGRAMA</b>	<b>12</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>13</b>

## **1. JUSTIFICAÇÃO E PERTINÊNCIA DO TEMA**

Literacia para a saúde trata-se de um conceito emergente, que reúne as áreas da saúde e da alfabetização. Este conceito baseia-se atualmente no pensamento de que a união destas duas áreas é fundamental para a vida quotidiana. Para o utente, é importante perceber a informação que lhe é transmitida, o que nem sempre acontece. Só assim, lhe é possível decidir de forma correta sobre a sua saúde, ter mais controle sobre si, e consequentemente, haver mais controle sobre a saúde das famílias e comunidades. Um investimento nesta área revela-se também na vertente da prestação de cuidados, uma vez que utentes informados, serão utentes capazes de tomar decisões mais acertadas, e portanto, mais capazes de tomar conta eficazmente da sua saúde, com menos recorrências ao sistema de saúde e, consequentemente, menos gastos de recursos.

A fase de transição que ocorre entre a adolescência e a vida adulta, a adolescência, compreende um período de aprendizagens e adaptações cruciais e essenciais que se irão refletir ao longo da vida adulta. Apesar de existirem alguns estudos em Portugal que avaliam as fontes de informação em Saúde dos adolescentes, é agora pertinente então perceber a relação entre essas mesmas fontes e a literacia para a saúde. Ou seja, a capacidade que os adolescentes portugueses possuem de procurar informação adequada, nas fontes adequadas, compreendê-la, utilizada de forma adequada em situações concretas, convertendo-a em competências de literacia em saúde que permitirão a tomada de decisões saudáveis na fase adulta.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A literacia para a saúde tem sido alvo de investigação e aprofundamento, e em consequência, tem sofrido alterações no que respeita à sua definição, levando a debate e confusão <sup>(1)</sup>. O IOM (Institute of Medicine), definiu em 2004, Literacia para a saúde como “the degree to which individuals can obtain, process, and understand the Basic Health Information and services they need to make appropriate health decisions”. No entanto, ressalva que a literacia para a saúde depende não apenas de capacidades e competências individuais, mas também dos profissionais de saúde e do tipo e forma da informação providenciada. Literacia para a saúde resulta, em termos pessoais, de uma convergência entre educação, cultura e impacto social <sup>(2, 3)</sup>. A OMS (1998) define também literacia para a saúde, referindo que “represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” <sup>(4)</sup>. A literacia para a saúde permite adquirir competências pessoais que levam a benefícios pessoais e adesão a estilos de vida saudáveis, mas também a benefícios sociais e culturais, relacionados com o aumento dos níveis de saúde populacionais, e consequente desenvolvimento de capital social <sup>(3, 5)</sup>.

Um estudo realizado nos EUA em 2003, o NAAL (National Assessment Adult Literacy) refere que 53% dos adultos americanos apresenta um nível intermédio de literacia para a saúde, 22% apresenta um nível básico e 14% um nível inferior ao básico <sup>(6)</sup>. Brown, Teufel e Birch (2007) apresentam também resultados de um estudo, relacionados com a avaliação da percepção dos níveis de Literacia para a saúde em adolescentes dos 9 aos 13 anos nos EUA, referindo que cerca de 40% dos participantes revelam interesse em aprender mais sobre saúde, embora cerca de 25% refira que sente dificuldade em compreender a informação de saúde <sup>(7)</sup>.

Literacia para a saúde pode ser avaliada a vários níveis que se relacionam com as competências adquiridas com a mesma, nomeadamente os níveis básico ou funcional, comunicacional ou interativo, e crítico. A progressão nestes níveis permite um aumento da autonomia e empowerment pessoal e relaciona-se, não só com o desenvolvimento cognitivo, mas também com a exposição a diferentes tipos de informação sobre saúde <sup>(1, 3)</sup>. A literacia funcional reflete os resultados obtidos a partir da educação em saúde baseada na transmissão de conhecimentos relacionados com a saúde e com os serviços de saúde, consistindo na capacidade de lidar eficazmente com as situações de saúde, utilizando competências de leitura e escrita <sup>(3, 8)</sup>.

Existem diversos estudos que comprovam que a uma literacia em saúde pobre se associam níveis mais elevados de comportamentos de risco e mais baixos de comportamentos promotores de saúde <sup>(9)</sup>. Para além disso, a associação entre literacia para a saúde e resultados em saúde que se tem demonstrado em evidência nos adultos, leva a crer que relação semelhante ocorre nos adolescentes, estando o tema bem documentado, apesar de pouco demonstrado e compreendido cientificamente <sup>(9)</sup>. Torna-se cada vez mais relevante perceber a relação entre literacia para a saúde e a adopção de estilos de vida saudáveis, uma vez que os adolescentes têm, atualmente, cada vez mais acesso a informação de saúde, nomeadamente através da internet <sup>(9)</sup>, tornando-se relevante perceber qual o impacto que esta informação tem efetivamente na saúde dos adolescentes.

Uma intervenção baseada em literacia numa idade precoce permite aos adolescentes adquirir competências que lhes facultam a análise, compreensão e utilização de forma adequada a informação que lhes é disponibilizada. A literacia para a saúde permite também capacitar os indivíduos para o processo de tomada de decisão clínica de forma mais participativa e consciente <sup>(8)</sup>. A compreensão da literacia para a saúde é essencial como forma de facilitação da comunicação entre utentes e enfermeiros, cabendo aos enfermeiros a responsabilidade de promover a literacia para a saúde dos utentes, fornecendo informação compreensível por eles e promovendo capacidades e competências para utilizar essa mesma informação de forma eficaz <sup>(10)</sup>. Compreender a

relação existente entre fontes de informação, literacia para a saúde e adoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes, permite aos enfermeiros adequar as suas intervenções como forma de promover o desenvolvimento de competências para a utilização de conhecimentos em saúde e adequação da utilização dos serviços <sup>(9)</sup>. Um estudo realizado na Tailândia, teve como objetivo principal perceber esta relação. Foi estudado um grupo de 1597 adolescentes com a idade média de 17 anos, com base na Health Promotion Scale e na Short Test of Functional Health Literacy in Adolescents, tendo sido concluído que níveis elevados de literacia para a saúde se encontram associados com comportamentos promotores de saúde, sendo que os adolescentes com níveis inferiores de literacia para a saúde demonstraram pontuações baixas nos comportamentos promotores de saúde, em especial as subescalas de nutrição e relações interpessoais. O autor sugere então que, dadas as conclusões, os enfermeiros tenham em conta o desenvolvimento de competências de literacia para a saúde nas suas intervenções de promoção de saúde e estilos de vida saudáveis nos adolescentes <sup>(9)</sup>.

Em Portugal, não existem ainda estudos relacionados com literacia para a saúde, ou que pretendam analisar a relação entre esta e a adoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes. Não existe portanto uma perceção dos níveis de literacia para a saúde na população portuguesa, sendo que o único instrumento que avalia a literacia validado para a nossa população se encontra relacionado com competências em nutrição <sup>(8)</sup>. Em relação às fontes de informação, um estudo europeu, realizado por Andreassen et al (2007), o mesmo revela que cerca de 30% da população portuguesa utiliza a internet como fonte de informação em saúde, em particular as mulheres, jovens e de meia-idade e com níveis de escolaridade elevados <sup>(11)</sup>. Já um estudo realizado em 2003 pelo Eurobarometer (direção Geral SANCO) revela que as fontes de informação mais valorizadas são os profissionais de saúde (45,3%) e a televisão (19,8%), sendo a internet utilizada por 23,1% dos europeus <sup>(12)</sup>.

### **3. OBJECTO E OBJECTIVOS**

#### **3.1. TEMA**

O tema da investigação é: Literacia para a Saúde em Adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis.

#### **3.2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO**

A investigação tem como questão principal: Em que medida as intervenções de enfermagem promotoras da literacia para a saúde facilitam os processos de transição desenvolvimentais na adolescência proporcionando estilos de vida saudáveis?

#### **3.3. OBJETIVO GERAL**

Com este estudo pretende-se conhecer de que forma os enfermeiros poderão contribuir de forma eficaz para a promoção do desenvolvimento de competências da literacia para a saúde dos adolescentes, bem como o impacto que as competências de literacia para a saúde e as fontes de informação mais valorizadas pelos adolescentes poderão ter na adesão a estilos de vida saudáveis.

#### **3.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Como objetivos a atingir referem-se:

1. Avaliar o nível de competências de literacia para a saúde numa população de adolescentes portugueses
2. Identificar em que áreas de saúde a mesma população apresenta maior nível de competências de literacia para a saúde



3. Conhecer a percepção da população de adolescentes acerca das suas competências, conhecimentos e conforto, para encontrar, avaliar e utilizar a informação de saúde electrónica (e-literacia para a saúde).
4. Compreender onde os adolescentes procuram as mensagens de saúde e quais as mais valorizadas na promoção do conhecimento em saúde
5. Avaliar o nível de promoção de estilos de vida saudáveis adotados pelos adolescentes
6. Identificar os fatores de promoção de estilos de vida saudáveis mais privilegiados pelos adolescentes
7. Perceber a relação entre literacia para a saúde, fontes de informação e promoção de estilos de vida saudáveis na população de adolescentes
8. Identificar as intervenções de enfermagem realizadas pelos enfermeiros que intervêm na população de adolescentes com vista à promoção da sua saúde
9. Determinar a relação entre as intervenções realizadas pelos enfermeiros e os níveis de competências de literacia para a saúde e de promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. TIPO DE ESTUDO**

Este estudo, de carácter transversal, retrospectivo, compreende uma metodologia mista com triangulação de métodos. É constituído por uma abordagem quantitativa, realizada aos adolescentes, por meio de um questionário, e uma abordagem qualitativa, realizada aos enfermeiros que exerçam intervenções de promoção de saúde escolar aos adolescentes questionados, utilizando uma entrevista.

### **4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Para atingir os objetivos deste estudo, são incluídas amostras de duas populações.

Para avaliar a literacia para a saúde, a e-literacia para a saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes, é utilizada uma amostra dos adolescentes portugueses a frequentar o ensino secundário, amostra esta escolhida dentro dos adolescentes do Distrito de Leiria, a frequentar o ensino secundário de 4 escolas. A amostra é escolhida por conveniência, sendo constituída pelos alunos das quatro escolas selecionadas, a frequentar o ensino secundário, O Instituto Educativo do Juncal, A Escola Secundária D. Inês de Castro, a Escola Secundária Domingos Sequeira e a Escola Secundário Rodrigues Lobo. Como critérios de inclusão definiram-se: ter idade compreendida entre 15 e 18 anos, frequentar o ensino secundário, aceitar participar no estudo, comunicar com a língua portuguesa. Como critérios de exclusão incluem-se não pertencer às escolas selecionadas, não dominar a língua portuguesa.

Para avaliar as intervenções de enfermagem realizadas com vista à promoção de saúde destes adolescentes, serão incluídos como amostra os enfermeiros que intervêm em parte da amostra de adolescentes participantes. A população compreende os enfermeiros que exercem intervenções de promoção de saúde escolar e a população alvo os enfermeiros que intervêm a nível escolar nas escolas selecionadas do Distrito de Leiria. O método de amostragem é mais uma vez, de conveniência. Como critério de inclusão definiram-se aceitar participar no estudo, ter mais de 18 anos, e ter exercido qualquer atividade de promoção de saúde a nível escolar nas escolas selecionadas. Como critério de exclusão definiu-se não ser enfermeiro ou não exercer as atividades de promoção de saúde referidas na qualidade de enfermeiro.

#### 4.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO

As variáveis a estudar incluem:

- Competências de literacia para a saúde
- e-literacia para a saúde
- Promoção de estilos de vida saudáveis
- Fontes de informação em saúde
- Intervenções de enfermagem promotoras de literacia para a saúde

#### 4.4. INSTRUMENTOS

Para avaliar as competências de literacia para a saúde, será utilizado um teste adaptado do “Exit Competencies’ Assessement Instrument”, elaborado por Garman, Hayduk, Posey, Teske e Crider em 2004 <sup>(13)</sup>. A e-literacia para a saúde será avaliada pelo eHEALS (eHealth Literacy Scale), elaborada em 2006 por Norman e Skinner <sup>(14)</sup>. A literacia para a saúde e fontes de informação será avaliada com base numa adaptação da Health Literacy Questionnaire for Children, elaborado por Vardavas, Kondilis, et al. 2009. A AHP (Adolescent Health Promotion Scale) elaborada em 2003 por Chen, Wang, Yang e Liou <sup>(15)</sup>, será utilizada para a avaliação da promoção de estilos de vida saudável nos adolescentes. Estas escalas, que deverão ser previamente traduzidas, adaptadas e validadas para a população portuguesa, serão inseridas num

questionário para uma avaliação quantitativa e deverá ser preenchido pelos adolescentes selecionados. Posteriormente, aos enfermeiros identificados que exerçam intervenções de promoção de saúde nestes jovens, será realizada uma entrevista com avaliação qualitativa, como forma de perceber o tipo e frequência de intervenções realizadas. Procurar-se-á numa fase final perceber a relação entre as intervenções de enfermagem identificadas e os resultados em literacia para a saúde e promoção de estilos de vida saudáveis encontrados

#### 4.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS

Ao longo do desenvolvimento do trabalho, procurar-se-á responder a todas as questões éticas e deontológicas como forma de não lesar qualquer interveniente. Numa primeira fase, e para garantir a correta aplicação dos procedimentos, será pedido parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. De acordo com o parecer, serão tomadas medidas adicionais às aqui descritas, caso se verifique essa necessidade.

Para proceder à colheita de dados a partir do questionário, aos adolescentes, será solicitada uma autorização para aplicação do mesmo nas escolas do Distrito de Leiria. A autorização será solicitada, em primeiro lugar à Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), através do formulário *on-line* e conforme as suas indicações e descrito no Despacho n.º 15 847/2007, publicado em diário da república, Série II, a 23 de Julho. Depois de obtida esta autorização, será feito o contacto e pedido de autorização à Direção das escolas selecionadas para participar do estudo.

Para entrevistar os enfermeiros, será realizado um pedido de autorização à Direção dos Serviços de Cuidados de Saúde na Comunidade (Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiares), onde os mesmos prestam serviço, com vista a entrevistar os mesmos, depois de lhes ser solicitado o devido consentimento informado em impresso próprio.

Em relação à confidencialidade dos dados obtidos, este ficará salvaguardado, quer em relação às instituições participantes, quer em relação a terceiros. Nenhum dado de qualquer adolescente participante será revelado individualmente. Fica também salvaguardado o direito de recusa de qualquer participante, ou de desejo de desistência a meio do processo.

## 5. CRONOGRAMA

O cronograma das atividades planeadas será o seguinte:

<b>Atividades</b>	<b>2011</b>				<b>2012</b>				<b>2013</b>				<b>2014</b>			
Revisão de literatura																
Tradução de escalas (“Exit competency” Assessement Instrument, Health Literacy Questionary for children, eHEALS e AHP)																
Validação dos instrumentos																
Recolha de dados																
Análise dos resultados																
Elaboração da tese																

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?. *International Journal of Public Health*, 54: 303-305.
2. Institute of Medicine. (2004). Health Literacy: A prescription to end confusion. Report brief. Acedido em: 02/03/2011 em: <http://www.google.pt/#sclient=psy&hl=pt-PT&site=&source=hp&q=health+literacy+%2B+report+brief&aq=f&aql=&oq=&pbx=1&fp=97886a4241905390>.
3. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3): 259-267.
4. World Health Organization (1998). Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneve.
5. Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13 (4): 349-364.
6. Kutner, M.; Greenberg, E.; Jin, Y.; Paulsen, C.; White, S. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Acedido a 11/03/2011 em: <http://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>
7. Brown, S.; Teufel, J.; Birch, D. (2007). Early Adolescents Perceptions of Health and Health Literacy. *Journal of School Health*, 77 (1): 7-15.
8. Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4(3): 127-134.
9. Chang, L. (2010). Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 20: 190-196.
10. Squellati, R. (2010). Health Literacy: Understanding Basic Health Information. *Creative Nursing*, 16 (3): 110-114.

11. Andreassen, H.; Bujnowska-Fedak, M.; Chronaki, C.; Dumitru, R.; Pudele, I.; Santana, S.; Voss, H.; Wynn, R. (2007). European citizens' use of E-health services: A study of seven countries. *BioMed Central Public Health*, 7: 53-59.
12. Directorate-General SANCO. (2003). European Union citizens and sources of information about health. Acedido a 11/03/2011 em: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_179\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_179_en.pdf)
13. Garman, J. F.; Hayduk, D. M.; Posey, N. L.; Teske, C. J.; Crider, D. A. (2004). National Health Education Standards: Developing an "Exit Competencies" Assessment Instrument. Education Resources Information Center. In: <http://www.eric.ed.gov/>.
14. Norman, C.; Skinner, H. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of General Internal Medicine*. 8(4): e27.
15. Chen, M.; Wang, E.; Yang, R.; Liou, Y. (2003). Adolescent health Promotion Scale: Development and Psychometric Testing. *Public Health Nursing*, 20(2): 104-110.



## Declaração de Compromisso

Catarina Cardoso Tomás, nascida a 07/02/1984, natural de Calvaria de Cima, Concelho de Porto de Mós, Distrito de Leiria, portadora do Cartão de Cidadão N.º 12499514 4zz5, autora do projeto de Investigação intitulado “Literacia para a Saúde Literacia para a Saúde em Adolescentes: Intervenções de Enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis” no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, sob orientação do Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós e Coorientação da Professora Doutora Teresa de Jesus Rodrigues Ferreira., proposto a parecer ético na Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, vem por este meio declarar sob compromisso de honra, que, caso haja autorização dos enfermeiros participantes no estudo e entrevistados para a gravação áudio das entrevistas, se compromete a destruir todas as gravações dessas mesmas entrevistas realizadas após as transcrições das mesmas.

Sem mais a declarar,

Leiria, 17 de Novembro de 2011



A Declarante

Catarina Cardoso Tomás



**COMISSÃO DE ÉTICA**  
**da Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**  
**da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)**

**Parecer Nº 57-11/2011**

**Título do Projecto:** Literacia para a saúde em adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis.

**Identificação do Proponente**

**Nome(s):** Catarina Cardoso Tomás

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria;  
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

**Relator:** Rogério Manuel Clemente Rodrigues

**Parecer**

O estudo proposto tem como questão principal *"Em que medida as intervenções de enfermagem promotoras da literacia para a saúde facilitam os processos de transição desenvolvimentais na adolescência proporcionando estilos de vida saudáveis?"*.

Pretende-se realizar um estudo *"Transversal, retrospectivo, e metodologia mista com triangulação de métodos..."* recorrendo a uma abordagem quantitativa, com recurso a questionário, junto dos adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos; e a uma abordagem qualitativa, com recurso a entrevista aos *"enfermeiros que exerçam intervenções de promoção de saúde escolar aos adolescentes questionados"*.

É proposta a utilização de vários instrumentos de avaliação, junto dos adolescentes, sob a forma de formulário, a validar neste estudo.

São referidas as instituições de Ensino Secundário onde se pretende realizar o estudo e os procedimentos para acesso aos estudantes apresentando documento que permite validar o consentimento dos encarregados de educação dos estudantes.

Considerando que:

- No desenho do estudo apresentado, e dos procedimentos a realizar, estão explicitadas, e documentadas, as condições para a participação livre e informada dos estudantes e dos enfermeiros;
- Existe a declaração de compromisso de destruição das gravações das entrevistas aos enfermeiros após transcrição.

O parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é **favorável** ao estudo tal como apresentado.

O relator:

*Rogério Manuel Clemente Rodrigues*

Data: 14 / 12 / 2011

O Presidente da Comissão de Ética:

*Adriana Silva*



## **ANEXO X**

**Autorização da DGIDC para a realização do estudo**





## Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

[Início](#) » [Consultar inquéritos](#) » **Ficha de inquérito**

Identificação da Entidade / Interlocutor

Nome da entidade:

Catarina Cardoso Tomás

Nome do Interlocutor:

Catarina Cardoso Tomás

E-mail do interlocutor:

catarina.cardosot@gmail.com

**Catarina Cardoso Tomás**

Sair

Área reservada

- Dados da entidade
- Consultar Inquéritos
- Registar Inquérito
- Instruções

- Início
- Pesquisar Inquéritos

## Dados do Inquérito

## Número de registo:

0241300002

## Designação:

Literacia em Saúde em Adolescentes: Intervenções de Enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis

## Descrição:

este estudo visa analisar a capacidade que os adolescentes portugueses possuem de procurar informação adequada, nas fontes adequadas, compreendê-la, utilizá-la de forma adequada em situações concretas, convertendo-a em competências de literacia em saúde que permitirão a tomada de decisões saudáveis na fase adulta.

A investigação visa responder à questão: Em que medida as intervenções de enfermagem promotoras da literacia em saúde facilitam os processos de transição desenvolvimentais na adolescência proporcionando estilos de vida saudáveis?

Para tal, pretende-se realizar um estudo de carácter transversal, retrospectivo, compreende uma metodologia mista com triangulação de métodos. É constituído por uma abordagem quantitativa, realizada aos adolescentes, por meio de um questionário, e uma abordagem qualitativa, realizada aos enfermeiros que exerçam intervenções de promoção de saúde escolar aos adolescentes questionados, utilizando uma entrevista.

Para atingir os objetivos deste estudo, são incluídas amostras de duas populações.

Para avaliar a literacia em saúde, a e-literacia em saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes, é utilizada uma amostra dos adolescentes portugueses a frequentar o ensino secundário. A população é assim constituída pelos adolescentes que frequentam o Ensino Secundário e profissional (do 10. ao 12. ano de escolaridade) no Distrito de Leiria. O método de amostragem é não probabilístico por conveniência, de acordo com a facilidade de acesso aos participantes. Todas as escolas serão contactadas para participar no estudo, sendo que serão incluídas as que aceitarem colaborar com o investigador. Como critérios de inclusão definiram-se: ter idade compreendida entre 15 e 18 anos, frequentar o ensino secundário, aceitar participar no estudo, comunicar com a língua portuguesa. Como critérios de exclusão incluem-se não pertencer às escolas selecionadas, não dominar a língua portuguesa.

Para avaliar as intervenções de enfermagem realizadas com vista à promoção de saúde destes adolescentes, serão incluídos como amostra os enfermeiros que intervêm em parte da amostra de adolescentes participantes. A população compreende os enfermeiros que exercem intervenções de promoção de saúde escolar e a população alvo os enfermeiros que intervêm a nível escolar nas escolas selecionadas do Distrito de Leiria. O método de amostragem é mais uma vez, de conveniência. Como critério de inclusão definiram-se aceitar participar no estudo, ter mais de 18 anos, e ter exercido qualquer atividade de promoção de saúde a nível escolar nas escolas selecionadas. Como critério de exclusão definiu-se não ser enfermeiro ou não exercer as atividades de promoção de saúde referidas na qualidade de enfermeiro.

Para avaliar as competências de literacia em saúde, será utilizado um teste adaptado do "Exit Competencies' Assessment Instrument", elaborado por Garman, Hayduk, Posey, Teske e Crider em 2004 (13). A e-literacia em saúde será avaliada pelo eHEALS (eHealth Literacy Scale), elaborada em 2006 por Norman e Skinner (14). A literacia em saúde e fontes de informação será avaliada com base no Health Literacy Questionnaire for Children, elaborado por Vardavas, Kondilis, et al. 2009. A AHP (Adolescent Health Promotion Scale) elaborada em 2003 por Chen, Wang, Yang e Liou (15), será utilizada para a avaliação da promoção de estilos de vida saudável nos adolescentes. Estas escalas, que deverão ser previamente traduzidas e adaptadas para a população portuguesa, serão inseridas num questionário para uma avaliação quantitativa e deverá ser preenchido pelos adolescentes selecionados, pretendendo-se conjuntamente a validação das escalas. O preenchimento deverá ser realizado num único momento em ambiente escolar (sala de aula), sendo que a dimensão do questionário é compensada pelo tipo de respostas (escolha múltipla) e pelo interesse dos temas para os jovens.

Será garantida a confidencialidade dos dados obtidos, ficando salvaguardado que os mesmos só serão divulgados de forma coletiva (nenhum dado de qualquer aluno será divulgado individualmente), quer na instituição onde serão recolhidos, quer em relação a terceiros. Ficará salvaguardada a possibilidade de recusa na participação da intervenção ou desistência a meio do processo. Só participarão no estudo alunos que tenham autorizado por escrito a sua participação, e que tenham autorização expressa dos seus encarregados de educação para tal. Os pais poderão ter acesso ao questionário a partir da Direção da Escola e Associação de pais.

Após recolhidos os dados, os mesmos serão tratados a nível informáticos com recurso ao Programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

## Objectivos:

Com este estudo pretende-se conhecer de que forma os enfermeiros poderão contribuir de forma eficaz para a promoção do desenvolvimento de competências da literacia em saúde dos adolescentes, bem como o impacto que as competências de literacia em saúde e as fontes de informação mais valorizadas pelos adolescentes poderão ter na adesão a estilos de vida saudáveis.

Como objetivos a atingir referem-se:

1. Avaliar o nível de competências de literacia em saúde numa população de adolescentes portugueses
2. Identificar em que áreas de saúde a mesma população apresenta maior nível de competências de literacia em saúde
3. Conhecer a percepção da população de adolescentes acerca das suas competências, conhecimentos e conforto, para encontrar, avaliar e utilizar a informação de saúde electrónica (e-literacia para a saúde).
4. Compreender onde os adolescentes procuram as mensagens de saúde e quais as mais valorizadas na promoção do conhecimento em saúde
5. Avaliar o nível de promoção de estilos de vida saudáveis adotados pelos adolescentes
6. Identificar os fatores de promoção de estilos de vida saudáveis mais privilegiados pelos adolescentes
7. Perceber a relação entre literacia em saúde, fontes de informação e promoção de estilos de vida saudáveis na população de adolescentes
8. Identificar as intervenções de enfermagem realizadas pelos enfermeiros que intervêm na população de adolescentes com vista à promoção da sua saúde



## Dados adicionais

Estado:

Pendente

Avaliação:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a).Catarina Cardoso Tomás

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal devendo, no entanto, ter em atenção as observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vitor Pedroso

Diretor de Serviços

DSPE/ DGE

Observações:

- a) A realização do Inquérito fica sujeita a autorização prévia da Direcção do Agrupamento/Escola.
- b) Deverá ser obtida a autorização dos encarregados de educação dos alunos a inquirir com menos de 18 anos. As autorizações assinadas pelos EE devem ficar em poder da Escola à qual pertencem os alunos.
- c) Deverá ser retirado do questionário o nome da escola a fim de manter o anonimato do aluno e da escola.
- d) Sugere-se que se acrescente ao questionário uma introdução com os objetivos do estudo.

Outras observações:

[| Voltar](#) | [Versão 1](#) | [Versão 2](#) |





Catarina Tomás <catarina.cardosot@gmail.com>

---

## Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0241300002

1 mensagem

---

**mime-noreply@gepe.min-edu.pt** <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>

2 de novembro de 2012 12:17

Para: catarina.cardosot@gmail.com

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0241300002, com a designação *Literacia em Saúde em Adolescentes: Intervenções de Enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis*, registado em 21-10-2012, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a).Catarina Cardoso Tomás

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal devendo, no entanto, ter em atenção as observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vitor Pedroso

Diretor de Serviços

DSPE/ DGE

Observações:

- a) A realização do Inquérito fica sujeita a autorização prévia da Direcção do Agrupamento/Escola.
- b) Deverá ser obtida a autorização dos encarregados de educação dos alunos a inquirir com menos de 18 anos. As autorizações assinadas pelos EE devem ficar em poder da Escola à qual pertencem os alunos.
- c) Deverá ser retirado do questionário o nome da escola a fim de manter o anonimato do aluno e da escola.
- d) Sugere-se que se acrescente ao questionário uma introdução com os objetivos do estudo.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.



## **DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR**

Paulo Joaquim Pina Queirós, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, declara a sua concordância relativamente à metodologia a utilizar assim como com o inquérito a aplicar aos jovens por parte da estudante do Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Catarina Cardoso Tomás, na realização do estudo intitulado “Literacia em Saúde em Adolescentes: Intervenções de Enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis”, a realizar nas Escolas com Ensino Secundário do Distrito de Leiria.

**O Orientador**



**Paulo Joaquim Pina Queirós**  
**Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**



## **ANEXO XI**

### **Consentimento informado dos pais**





## CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo./a Encarregado/a de Educação,

Chamo-me Catarina Cardoso Tomás, sou enfermeira, exerço atualmente funções de Assistente de 1.º Triénio da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria, e sou membro associado da Unidade de Investigação de Saúde (UIS). No âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem que me encontro a frequentar, estou atualmente a realizar um estudo subordinado ao tema “Literacia em saúde em Adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis.”, com o principal objetivo de conhecer de que modo os enfermeiros poderão contribuir de forma eficaz para a promoção do desenvolvimento de competências da literacia em saúde dos adolescentes, bem como o impacto que as competências de literacia em saúde e as fontes de informação mais valorizadas pelos adolescentes poderão ter na adesão a estilos de vida saudáveis.

A participação dos estudantes neste estudo consistirá no preenchimento de um questionário que visa, para além de recolher alguns dados sociodemográficos, recolher dados relacionados com os níveis de competências em literacia em saúde, fontes de informação em saúde, a informação de saúde electrónica e promoção de estilos de vida saudáveis.

É neste sentido que solicito a sua colaboração, no sentido de considerar a participação do seu educando no estudo referido através da resposta ao referido questionário, o que se revelará essencial para o sucesso do mesmo. A participação dos adolescentes será voluntária, sendo que as respostas obtidas serão tratadas de forma confidencial e exclusiva para este estudo e publicações que advenham do mesmo.

O estudo encontra-se já devidamente autorizado, tendo sido entregue um exemplar do questionário à Direção da Escola, exemplar ao qual a Associação de Pais tem acesso. Se pretender consultar o questionário, poderá fazê-lo através destes órgãos, ou do meu contacto abaixo indicado.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional, através do endereço eletrónico [catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt) ou contacto telefónico 919 173 035.

✂ \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ Encarregado/a de Educação  
do estudante \_\_\_\_\_, do Ano \_\_\_\_\_, da Turma \_\_\_\_\_,  
da Escola \_\_\_\_\_, após devidamente  
esclarecido (a), aceito que o meu educando participe através de resposta ao questionário neste estudo  
intitulado: “Literacia em saúde em Adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos  
de transição com estilos de vida saudáveis”

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



## **ANEXO XII**

### **Consentimento informado dos adolescentes**



## CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro estudante,

Chamo-me Catarina Cardoso Tomás, sou enfermeira, exerço atualmente funções de Assistente de 1.º Triénio da Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria e sou membro associado da Unidade de Investigação de Saúde (UIS). No âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem que me encontro a frequentar, estou atualmente a realizar um estudo subordinado ao tema “Literacia em saúde em Adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com estilos de vida saudáveis.”, com o principal objetivo de conhecer de que forma os enfermeiros poderão contribuir de forma eficaz para a promoção do desenvolvimento de competências da literacia em saúde dos adolescentes, bem como o impacto que as competências de literacia em saúde e as fontes de informação mais valorizadas pelos adolescentes poderão ter na adesão a estilos de vida saudáveis.

A tua participação neste estudo consistirá no preenchimento de um questionário, que visa, para além de recolher alguns dados sociodemográficos, recolher dados relacionados com os níveis de competências em literacia em saúde, fontes de informação em saúde, a informação de saúde eletrónica e promoção de estilos de vida saudáveis.

É neste sentido que solicito a tua colaboração, através da resposta ao referido questionário, o que se revelará essencial para o sucesso do mesmo. A tua participação é voluntária, sendo que as respostas obtidas serão tratadas de forma confidencial e exclusiva para este estudo e publicações que advenham do mesmo.

✂

Eu, \_\_\_\_\_  
estudante do Ano \_\_\_\_\_, da Turma \_\_\_\_\_, da Escola \_\_\_\_\_,  
após devidamente esclarecido (a), aceito participar  
através de resposta ao questionário neste estudo intitulado: “Literacia em saúde em  
Adolescentes: Intervenções de enfermagem facilitadoras dos processos de transição com  
estilos de vida saudáveis”

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura\_\_\_\_\_



## **ANEXO XIII**

### **Tabelas de resultados**





Tabela I – Consistência interna da escala EPSA se itens eliminados

	<b><i>Cronbach's Alpha se item eliminado</i></b>
Item 1 - Como três refeições por dia (pequeno-almoço, almoço e jantar).	0,889
Item 2 - Escolho comidas sem muito óleo.	0,887
Item 3 - Incluo fibras alimentares na minha dieta (exemplo: frutas ou vegetais).	0,886
Item 4 - Bebo pelo menos 1,5 L de água por dia (ou 6-8 copos).	0,889
Item 5 - Incluo cinco grupos alimentares em cada refeição (exemplo: pão, carne ou peixe, produtos láteos, fruta e vegetais).	0,886
Item 6 - Todos os dias tomo o pequeno-almoço.	0,888
Item 7 - Partilho e falo sobre os meus sentimentos com os outros.	0,886
Item 8 - Preocupo-me com as outras pessoas.	0,886
Item 9 - Falo sobre as minhas preocupações com os outros.	0,885
Item 10 - Todos os dias me esforço para sorrir ou rir.	0,885
Item 11 - Gosto de manter o contacto com os meus familiares.	0,886
Item 12 - Faço um esforço para ter boas amizades.	0,885
Item 13 - Falo sobre os meus problemas com os outros.	0,886
Item 14 - Quando faço compras leio os rótulos das embalagens alimentares.	0,886
Item 15 - Vigio o meu peso.	0,887
Item 16 - Discuto as minhas preocupações sobre saúde com um médico ou enfermeiro.	0,885
Item 17 - Observo o meu corpo pelo menos uma vez por mês.	0,888
Item 18 - Escovo os dentes pelo menos duas vezes por dia e uso fio dentário diariamente.	0,887
Item 19 - Lavo as mãos antes das refeições.	0,888
Item 20 - Leio informação sobre saúde.	0,885
Item 21 - Faço um esforço para escolher comidas sem conservantes. (ex. aditivos na comida).	0,885
Item 22 - Faço um esforço para gostar de mim próprio/a.	0,885
Item 23 - Faço um esforço para me sentir feliz e contente.	0,884
Item 24 - Normalmente, penso positivamente.	0,886
Item 25 - Faço um esforço para compreender as minhas forças e fraquezas e aceitá-las.	0,884
Item 26 - Faço um esforço para corrigir os meus defeitos.	0,884
Item 27 - Faço um esforço por saber o que é importante para mim.	0,884
Item 28 - Faço um esforço para me sentir interessado e desafiado todos os dias.	0,883
Item 29 - Faço um esforço por acreditar que a minha vida tem um propósito.	0,883
Item 30 - Faço alongamentos todos os dias.	0,887
Item 31 - Faço exercício vigoroso durante 30 minutos pelo menos 3 vezes por semana.	0,888
Item 32 - Participo em aulas de Educação Física na escola semanalmente.	0,890
Item 33 - Faço aquecimento antes de exercício vigoroso.	0,887
Item 34 - Faço um esforço para estar direito/a quando estou em pé ou sentado/a.	0,885
Item 35 - Faço um esforço para passar algum tempo a relaxar diariamente.	0,887
Item 36 - Faço um esforço para determinar a fonte do meu <i>stresse</i> .	0,884
Item 37 - Faço um esforço por observar as minhas mudanças de humor.	0,884
Item 38 - Durmo de 6 a 8 horas todas as noites.	0,888
Item 39 - Faço planos de atividades e estabeleço prioridades.	0,885
Item 40 - Tento não perder o controlo quando acontecem coisas injustas.	0,887

Tabela II – Correlações de *Pearson* entre os itens da subescala nutrição da escala EPSA

		Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6
Item 1	<i>r</i>						
	<i>p</i>						
Item 2	<i>r</i>	0,109					
	<i>p</i>	0,000**					
Item 3	<i>r</i>	0,043	0,375				
	<i>p</i>	0,134	0,000**				
Item 4	<i>r</i>	0,048	0,081	0,178			
	<i>p</i>	0,099	0,005**	0,000**			
Item 5	<i>r</i>	0,137	0,250	0,395	0,236		
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**		
Item 6	<i>r</i>	0,473	0,113	0,043	-0,006	0,136	
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,135	0,834	0,000**	

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ Tabela III – Correlações de *Pearson* entre os itens da subescala suporte social da escala EPSA

		Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13
Item 7	<i>r</i>							
	<i>p</i>							
Item 8	<i>r</i>	0,349						
	<i>p</i>	0,000**						
Item 9	<i>r</i>	0,749	0,404					
	<i>p</i>	0,000**	0,000**					
Item 10	<i>r</i>	0,276	0,322	0,290				
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**				
Item 11	<i>r</i>	0,228	0,344	0,247	0,290			
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**			
Item 12	<i>r</i>	0,243	0,439	0,294	0,449	0,366		
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**		
Item 13	<i>r</i>	0,764	0,346	0,787	0,276	0,237	0,306	
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela IV – Correlações de *Pearson* entre os itens da subescala responsabilidade pela saúde da escala EPSA

		Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21
Item 14	<i>r</i>								
	<i>p</i>								
Item 15	<i>r</i>	0,325							
	<i>p</i>	0,000**							
Item 16	<i>r</i>	0,295	0,298						
	<i>p</i>	0,000**	0,000**						
Item 17	<i>r</i>	0,148	0,310	0,221					
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**					
Item 18	<i>r</i>	0,164	0,176	0,139	0,061				
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,035*				
Item 19	<i>r</i>	0,183	0,153	0,175	0,075	0,261			
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,009**	0,000**			
Item 20	<i>r</i>	0,429	0,254	0,383	0,240	0,162	0,209		
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**		
Item 21	<i>r</i>	0,402	0,373	0,265	0,155	0,212	0,217	0,378	
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ Tabela V – Correlações de *Pearson* entre os itens da subescala apreciar a vida da escala EPSA

		Item 22	Item 23	Item 24	Item 25	Item 26	Item 27	Item 28	Item 29
Item 22	<i>r</i>								
	<i>p</i>								
Item 23	<i>r</i>	0,744							
	<i>p</i>	0,000**							
Item 24	<i>r</i>	0,173	0,205						
	<i>p</i>	0,000**	0,000**						
Item 25	<i>r</i>	0,390	0,411	0,443					
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**					
Item 26	<i>r</i>	0,252	0,275	0,261	0,464				
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,035*				
Item 27	<i>r</i>	0,354	0,378	0,268	0,476	0,530			
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,009**	0,000**			
Item 28	<i>r</i>	0,374	0,410	0,262	0,418	0,486	0,578		
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**		
Item 29	<i>r</i>	0,442	0,489	0,284	0,442	0,440	0,549	0,633	
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela VI – Correlações de *Pearson* entre os itens da subescala exercício físico da escala EPSA

	Item 30	Item 31	Item 32	Item 33	Item 34
Item 30	<i>r</i>				
	<i>p</i>				
Item 31	<i>r</i>	0,569			
	<i>p</i>	0,000**			
Item 32	<i>r</i>	0,128	0,201		
	<i>p</i>	0,000**	0,000**		
Item 33	<i>r</i>	0,337	0,384	0,317	
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	
Item 34	<i>r</i>	0,248	0,203	0,079	0,234
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,006**	0,000**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ Tabela VII – Correlações de *Pearson* entre os itens da subescala gestão do *stress* da escala EPSA

	Item 35	Item 36	Item 37	Item 38	Item 39	Item 40
Item 35	<i>r</i>					
	<i>p</i>					
Item 36	<i>r</i>	0,439				
	<i>p</i>	0,000**				
Item 37	<i>r</i>	0,321	0,633			
	<i>p</i>	0,134	0,000**			
Item 38	<i>r</i>	0,153	0,125	0,123		
	<i>p</i>	0,099	0,005**	0,000**		
Item 39	<i>r</i>	0,134	0,342	0,326	0,197	
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	
Item 40	<i>r</i>	0,087	0,247	0,250	0,148	0,272
	<i>p</i>	0,003**	0,000**	0,135	0,834	0,000**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela VIII: Análise fatorial após rotação *Varimax* com normalização *Keiser* (EPSA)

Itens	1º fator	2º fator	3º fator	4º fator	5º fator	6º fator
1						0,757
2						0,152
3						0,082
4						0,012
5						0,272
6						0,774
7				0,860		
8				0,426		
9				0,864		
10				0,190		
11				0,235		
12				0,225		
13				0,867		
14			0,600			
15			0,562			
16			0,449			
17			0,299			
18			0,319			
19			0,388			
20			0,597			
21			0,698			
22	0,705					
23	0,801					
24	0,405					
25	0,551					
26	0,532					
27	0,520					
28	0,512					
29	0,606					
30					0,727	
31					0,779	
32					0,455	
33					0,653	
34					0,244	
35		0,510				
36		0,737				
37		0,645				
38		0,201				
39		0,475				
40		0,469				
<b>Eigenvalue</b>	8,188	3,018	2,155	1,744	1,592	1,530
<b>% de explicação da variância</b>	9,966	9,422	9,111	7,140	5,673	4,257

Tabela IX: Valores de *Cronbach's Alpha* das subescalas e se itens eliminados (EPSA)

Itens	<i>Cronbach's Alpha</i> da subescala	<i>Cronbach's Alpha</i> da subescala se item eliminado
1	0,552	0,520
2		0,495
3		0,470
4		0,568
5		0,444
6		0,533
7	0,810	0,764
8		0,793
9		0,756
10		0,812
11		0,810
12		0,795
13	0,711	0,758
14		0,666
15		0,666
16		0,675
17		0,708
18		0,708
19	0,843	0,703
20		0,664
21		0,663
22		0,826
23		0,819
24		0,849
25	0,657	0,820
26		0,829
27		0,819
28		0,816
29		0,810
30		0,546
31	0,675	0,531
32		0,668
33		0,581
34		0,662
35		0,651
36		0,560
37	0,675	0,580
38		0,688
39		0,636
40		0,665

Items	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
4	$r$															
	$p$															
5	$r$	0,201														
	$p$	0,000**														
6	$r$	0,197	0,448													
	$p$	0,000**	0,000**													
7	$r$	0,347	0,177	0,173												
	$p$	0,000**	0,000**	0,000**												
8	$r$	0,103	0,309	0,368	0,145											
	$p$	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**											
9	$r$	0,168	0,152	0,187	0,191	0,181										
	$p$	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**										
10	$r$	0,154	0,287	0,297	0,137	0,377	0,419									
	$p$	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**									
11	$r$	0,343	0,319	0,376	0,283	0,243	0,139	0,299								
	$p$	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**							
12	$r$	0,184	0,195	0,263	0,166	0,194	0,111	0,171	0,430							
	$p$	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**						
13	$r$	0,141	0,087	0,166	0,084	0,107	0,078	0,124	0,229	0,204						
	$p$	0,000**	0,002**	0,000**	0,004**	0,000**	0,007**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**					
14	$r$	0,173	0,238	0,286	0,208	0,179	0,125	0,192	0,493	0,533	0,220					
	$p$	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**				
15	$r$	0,126	0,052	0,071	0,276	0,059	0,090	0,059	0,101	0,074	0,079	0,105				
	$p$	0,000**	0,071	0,014*	0,000**	0,041*	0,002**	0,041*	0,000**	0,010**	0,006**	0,000**	0,000**			
16	$r$	0,114	0,061	0,072	0,300	0,046	0,114	0,026	0,131	0,120	0,019	0,170	0,473			
	$p$	0,000**	0,035*	0,012*	0,000**	0,112	0,000**	0,364	0,000**	0,000**	0,508	0,000**	0,000**	0,000**		
17	$r$	0,100	0,119	0,135	0,245	0,126	0,139	0,057	0,149	0,206	0,026	0,198	0,391	0,560		
	$p$	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,047*	0,000**	0,000**	0,371	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	
18	$r$	0,115	0,147	0,128	0,186	0,135	0,141	0,057	0,129	0,214	0,025	0,216	0,269	0,388	0,415	
	$p$	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,048*	0,000**	0,000**	0,393	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	
19	$r$	0,054	0,126	0,056	-0,007	0,090	0,089	0,139	0,060	0,000	0,057	0,000	-0,009	-0,019	-0,041	-0,016
	$p$	0,062	0,000**	0,054	0,816	0,002**	0,002**	0,000**	0,038*	0,992	0,049*	0,991	0,760	0,519	0,156	0,573

Tabela XI – Consistência interna da escala IALS se itens eliminados

	<i><b>Cronbach's Alpha se item eliminado</b></i>
Item 1	0,872
Item 2	0,873
Item 3	0,872
Item 4	0,872
Item 5	0,874
Item 6	0,870
Item 7	0,873
Item 8	0,875
Item 9	0,876
Item 10	0,872
Item 11	0,871
Item 12	0,872
Item 13	0,878
Item 14	0,870
Item 15	0,872
Item 16	0,872
Item 17	0,871
Item 18	0,871
Item 19	0,874
Item 20	0,871
Item 21	0,878
Item 22	0,875
Item 23	0,871
Item 24	0,873
Item 25	0,871
Item 26	0,878
Item 27	0,876
Item 28	0,872
Item 29	0,872
Item 30	0,870
Item 31	0,872
Item 32	0,876
Item 33	0,872
Item 34	0,872
Item 35	0,873
Item 36	0,874
Item 37	0,870
Item 38	0,872
Item 39	0,870
Item 40	0,870
Item 41	0,872
Item 42	0,873



Item 43	0,876
Item 44	0,871
Item 45	0,871
Item 46	0,872
Item 47	0,869
Item 48	0,872
Item 49	0,871
Item 50	0,873
Item 51	0,872
Item 52	0,870

Tabela XII – Correlações de *Pearson* entre os itens da escala IALS (Itens 1 a 13)

Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2	<i>r</i> 0,152												
	<i>p</i> 0,000**												
3	<i>r</i> 0,179	0,198											
	<i>p</i> 0,000**	0,000**											
4	<i>r</i> 0,214	0,171	0,223										
	<i>p</i> 0,000**	0,000**	0,000**										
5	<i>r</i> 0,136	0,216	0,149	0,136									
	<i>p</i> 0,000**	0,000**	0,000**	0,000**									
6	<i>r</i> 0,166	0,117	0,150	0,184	0,077								
	<i>p</i> 0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,008**								
7	<i>r</i> 0,122	0,083	0,220	0,176	0,051	0,052							
	<i>p</i> 0,000**	0,004**	0,000**	0,000**	0,078	0,073							
8	<i>r</i> 0,123	0,115	0,080	0,108	0,039	0,126	0,101						
	<i>p</i> 0,000**	0,000**	0,005**	0,000**	0,177	0,000**	0,000**						
9	<i>r</i> 0,036	0,083	0,028	0,035	0,041	0,042	0,074	0,010					
	<i>p</i> 0,214	0,004**	0,332	0,228	0,155	0,145	0,011*	0,727					
10	<i>r</i> 0,186	0,139	0,189	0,187	0,115	0,169	0,146	0,134	0,018				
	<i>p</i> 0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,536				
11	<i>r</i> 0,224	0,154	0,338	0,297	0,104	0,216	0,276	0,125	0,046	0,348			
	<i>p</i> 0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,109	0,000**			
12	<i>r</i> 0,162	0,100	0,213	0,123	0,069	0,140	0,133	0,113	0,082	0,189	0,317		
	<i>p</i> 0,000**	0,001**	0,000**	0,000**	0,016*	0,000**	0,000**	0,000**	0,004**	0,000**	0,000**		
13	<i>r</i> -0,030	-0,020	-0,010	0,014	-0,006	-0,029	-0,030	-0,007	0,029	-0,025	-0,026	-0,016	
	<i>p</i> 0,311	0,488	0,740	0,623	0,834	0,324	0,307	0,823	0,324	0,403	0,374	0,591	
14	<i>r</i> 0,217	0,192	0,273	0,198	0,158	0,259	0,179	0,154	0,019	0,218	0,313	0,198	-0,053
	<i>p</i> 0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,514	0,000**	0,000**	0,000**	0,070
15	<i>r</i> 0,181	0,127	0,128	0,129	0,065	0,135	0,123	0,073	0,099	0,153	0,197	0,106	-0,010
	<i>p</i> 0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,024*	0,000**	0,000**	0,012*	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**	0,740
16	<i>r</i> 0,184	0,112	0,188	0,176	0,081	0,179	0,181	0,049	0,007	0,201	0,312	0,165	0,012
	<i>p</i> 0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,005**	0,000**	0,000**	0,089	0,815	0,000**	0,000**	0,000**	0,684
17	<i>r</i> 0,254	0,160	0,204	0,197	0,184	0,242	0,189	0,087	0,036	0,237	0,308	0,179	0,000
	<i>p</i> 0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,003**	0,220	0,000**	0,000**	0,000**	0,990
18	<i>r</i> 0,207	0,096	0,184	0,237	0,048	0,194	0,185	0,090	0,046	0,227	0,320	0,191	0,006
	<i>p</i> 0,000**	0,001**	0,000**	0,000**	0,093	0,000**	0,000**	0,002**	0,114	0,000**	0,000**	0,000**	0,850
19	<i>r</i> 0,007	0,092	0,092	0,034	0,102	0,083	0,055	0,067	0,055	0,069	0,096	0,086	-0,017
	<i>p</i> 0,800	0,001**	0,001**	0,237	0,000**	0,004**	0,056	0,020*	0,059	0,016*	0,001**	0,003**	0,567
20	<i>r</i> 0,219	0,128	0,214	0,158	0,102	0,278	0,123	0,106	0,064	0,238	0,272	0,149	-0,021
	<i>p</i> 0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,027*	0,000**	0,000**	0,000**	0,475
21	<i>r</i> -0,021	0,028	-0,008	0,004	-0,035	-0,004	0,017	-0,017	0,079	0,016	-0,010	0,007	-0,038
	<i>p</i> 0,474	0,332	0,785	0,885	0,228	0,883	0,561	0,552	0,006**	0,586	0,732	0,808	0,200
22	<i>r</i> 0,081	0,077	0,094	0,080	0,060	0,091	0,061	0,064	0,087	0,061	0,139	0,108	-0,004
	<i>p</i> 0,005**	0,008**	0,001**	0,006**	0,040*	0,002**	0,036*	0,028*	0,003**	0,038*	0,000**	0,000**	0,897

23	<i>r</i>	0,150	0,113	0,145	0,139	0,072	0,215	0,109	0,121	0,060	0,182	0,201	0,120	-0,079
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,013*	0,000**	0,000**	0,000**	0,038*	0,000**	0,000**	0,000**	0,007**
24	<i>r</i>	0,170	0,110	0,148	0,111	0,093	0,152	0,060	0,044	0,051	0,126	0,161	0,133	0,009
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,001**	0,000**	0,040*	0,129	0,078	0,000**	0,000**	0,000**	0,757
25	<i>r</i>	0,229	0,139	0,142	0,201	0,116	0,280	0,132	0,137	0,057	0,193	0,227	0,207	-0,030
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,052	0,000**	0,000**	0,000**	0,309
26	<i>r</i>	0,046	0,026	0,031	0,025	0,020	0,002	0,011	0,101	0,033	0,000	0,028	-0,003	-0,023
	<i>p</i>	0,110	0,366	0,286	0,391	0,500	0,958	0,716	0,000**	0,259	0,995	0,325	0,930	0,432
27	<i>r</i>	0,055	0,068	0,060	0,064	0,006	0,077	-0,021	0,035	0,091	0,039	0,041	0,051	-0,027
	<i>p</i>	0,059	0,020*	0,038*	0,028*	0,847	0,008**	0,459	0,225	0,002**	0,177	0,153	0,076	0,355
28	<i>r</i>	0,181	0,133	0,137	0,137	0,123	0,176	0,089	0,118	0,074	0,180	0,183	0,171	-0,068
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,002**	0,000**	0,011*	0,000**	0,000**	0,000**	0,022*
29	<i>r</i>	0,132	0,083	0,168	0,173	0,082	0,223	0,096	0,081	0,056	0,124	0,181	0,158	-0,047
	<i>p</i>	0,000**	0,004**	0,000**	0,000**	0,005**	0,000**	0,001**	0,005**	0,054	0,000**	0,000**	0,000**	0,109
30	<i>r</i>	0,223	0,179	0,265	0,231	0,067	0,292	0,179	0,087	0,034	0,217	0,290	0,208	-0,092
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,020*	0,000**	0,000**	0,003**	0,246	0,000**	0,000**	0,000**	0,002**
31	<i>r</i>	0,137	0,091	0,159	0,155	0,090	0,091	0,126	0,085	0,033	0,135	0,227	0,161	-0,055
	<i>p</i>	0,000**	0,002**	0,000**	0,000**	0,002**	0,002**	0,000**	0,004**	0,253	0,000**	0,000**	0,000**	0,063
32	<i>r</i>	0,032	0,024	0,070	0,031	-0,018	0,072	0,032	0,020	-0,005	-0,003	0,030	0,040	-0,011
	<i>p</i>	0,268	0,411	0,015	0,292	0,525	0,014*	0,266	0,489	0,864	0,929	0,296	0,164	0,718
33	<i>r</i>	0,124	0,105	0,128	0,137	0,117	0,219	0,086	0,099	0,067	0,147	0,189	0,149	0,001
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,003**	0,001**	0,022*	0,000**	0,000**	0,000**	0,976
34	<i>r</i>	0,178	0,117	0,161	0,195	0,072	0,157	0,159	0,115	0,004	0,128	0,246	0,114	0,000
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,013*	0,000**	0,000**	0,000**	0,888	0,000**	0,000**	0,000**	0,992
35	<i>r</i>	0,131	0,114	0,085	0,161	0,074	0,0204	0,019	0,054	0,018	0,178	0,138	0,113	-0,021
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,004**	0,000**	0,011*	0,000**	0,517	0,065	0,530	0,000**	0,000**	0,000**	0,483
36	<i>r</i>	0,076	0,055	0,083	0,108	-0,039	0,107	0,070	0,049	0,055	0,069	0,115	0,106	-0,056
	<i>p</i>	0,009**	0,061	0,005**	0,000**	0,180	0,000**	0,018*	0,097	0,059	0,019*	0,000**	0,000**	0,059
37	<i>r</i>	0,204	0,120	0,228	0,170	0,089	0,295	0,214	0,112	0,080	0,199	0,321	0,157	-0,084
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,002**	0,000**	0,000**	0,000**	0,006**	0,000**	0,000**	0,000**	0,005**
38	<i>r</i>	0,135	0,144	0,147	0,158	0,093	0,147	0,092	0,042	0,068	0,134	0,175	0,131	-0,044
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,001**	0,000**	0,002**	0,156	0,020*	0,000**	0,000**	0,000**	0,145
39	<i>r</i>	0,153	0,171	0,196	0,168	0,097	0,223	0,150	0,112	0,028	0,200	0,264	0,218	-0,038
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**	0,340	0,000**	0,000**	0,000**	0,199
40	<i>r</i>	0,208	0,156	0,231	0,212	0,167	0,178	0,114	0,097	0,59	0,185	0,261	0,181	-0,017
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,001**	0,046*	0,000**	0,000**	0,000**	0,566
41	<i>r</i>	0,136	0,074	0,115	0,116	0,054	0,159	0,107	0,056	0,029	0,134	0,139	0,111	-0,004
	<i>p</i>	0,000**	0,012*	0,000**	0,000**	0,065	0,000**	0,000**	0,059	0,322	0,000**	0,000**	0,000**	0,887
42	<i>r</i>	0,092	0,145	0,050	0,059	0,103	0,156	0,072	0,088	0,047	0,124	0,121	0,080	-0,011
	<i>p</i>	0,002**	0,000**	0,089	0,046*	0,000**	0,000**	0,014*	0,003**	0,112	0,000**	0,000**	0,006**	0,715
43	<i>r</i>	0,061	0,080	0,088	0,038	0,028	0,036	0,049	-0,004	0,039	0,014	0,067	0,071	0,015
	<i>p</i>	0,041*	0,006**	0,003**	0,198	0,342	0,225	0,097	0,894	0,186	0,639	0,024*	0,016*	0,630
44	<i>r</i>	0,211	0,081	0,143	0,202	0,073	0,174	0,153	0,078	0,030	0,194	0,249	0,144	-0,004
	<i>p</i>	0,000**	0,006**	0,000**	0,000**	0,014*	0,000**	0,000**	0,008**	0,303	0,000**	0,000**	0,000**	0,892

45	<i>r</i>	0,168	0,162	0,097	0,142	0,081	0,205	0,128	0,125	0,054	0,110	0,161	0,178	-0,053
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,001**	0,000**	0,006**	0,000**	0,000**	0,000**	0,068	0,000**	0,000**	0,000**	0,079
46	<i>r</i>	0,176	0,074	0,096	0,125	0,089	0,174	0,079	0,082	0,045	0,148	0,165	0,129	-0,056
	<i>p</i>	0,000**	0,013*	0,001**	0,000**	0,003**	0,000**	0,008**	0,006**	0,134	0,000**	0,000**	0,000**	0,065
47	<i>r</i>	0,242	0,145	0,174	0,177	0,095	0,248	0,148	0,145	0,040	0,218	0,287	0,179	-0,056
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**	0,177	0,000**	0,000**	0,000**	0,065
48	<i>r</i>	0,126	0,083	0,115	0,110	0,075	0,178	0,090	0,110	0,053	0,137	0,153	0,096	-0,049
	<i>p</i>	0,000**	0,006**	0,000**	0,000**	0,012*	0,000**	0,002**	0,000**	0,074	0,000**	0,000**	0,001**	0,106
49	<i>r</i>	0,151	0,103	0,154	0,194	0,088	0,219	0,096	0,115	0,035	0,146	0,214	0,174	-0,019
	<i>p</i>	0,000**	0,001**	0,000**	0,000**	0,004**	0,000**	0,002**	0,000**	0,248	0,000**	0,000**	0,000**	0,539
50	<i>r</i>	0,101	0,075	0,090	0,147	0,057	0,201	0,107	0,018	0,034	0,096	0,152	0,097	-0,024
	<i>p</i>	0,001**	0,013*	0,003**	0,000**	0,056	0,000**	0,000**	0,548	0,260	0,001**	0,000**	0,001**	0,422
51	<i>r</i>	0,069	0,121	0,110	0,076	0,055	0,173	0,068	0,114	0,046	0,092	0,151	0,137	-0,013
	<i>p</i>	0,021*	0,000**	0,000**	0,012*	0,067	0,000**	0,023*	0,000**	0,127	0,002**	0,000**	0,000**	0,666
52	<i>r</i>	0,198	0,096	0,158	0,161	0,090	0,266	0,116	0,140	0,115	0,123	0,161	0,149	-0,040
	<i>p</i>	0,000**	0,001**	0,000**	0,000**	0,003**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,186

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XIII – Correlações de *Pearson* entre os itens da escala IALS (Itens 14 a 26)

Itens	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
15	<i>r</i>	0,237												
	<i>p</i>	0,000**												
16	<i>r</i>	0,321	0,235											
	<i>p</i>	0,000**	0,000**											
17	<i>r</i>	0,295	0,183	0,262										
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**										
18	<i>r</i>	0,305	0,184	0,241	0,319									
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**									
19	<i>r</i>	0,076	0,012	0,034	0,102	0,079								
	<i>p</i>	0,008**	0,675	0,233	0,000**	0,006**								
20	<i>r</i>	0,318	0,217	0,277	0,307	0,311	0,106							
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**							
21	<i>r</i>	0,024	-0,013	-0,028	-0,008	0,035	0,013	0,001						
	<i>p</i>	0,402	0,643	0,330	0,771	0,220	0,642	0,969						
22	<i>r</i>	0,073	0,034	0,106	0,103	0,097	0,067	0,121	0,050					
	<i>p</i>	0,012*	0,242	0,000**	0,000**	0,001**	0,021*	0,000**	0,083					
23	<i>r</i>	0,221	0,102	0,192	0,251	0,169	0,069	0,216	0,025	0,111				
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,017*	0,000**	0,391	0,000**				
24	<i>r</i>	0,191	0,126	0,156	0,157	0,137	0,066	0,141	-0,019	0,145	0,118			
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,024*	0,000**	0,518	0,000**	0,000**			
25	<i>r</i>	0,288	0,147	0,181	0,181	0,198	0,107	0,206	-0,018	0,113	0,205	0,197		
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,535	0,000**	0,000**	0,000**		
26	<i>r</i>	0,033	-0,001	0,012	0,009	0,030	0,003	0,035	-0,019	0,071	0,011	-0,009	-0,014	
	<i>p</i>	0,250	0,982	0,689	0,748	0,308	0,931	0,222	0,507	0,014*	0,697	0,753	0,628	
27	<i>r</i>	0,048	0,079	0,027	0,048	0,017	0,046	0,047	-0,033	0,044	0,102	0,064	0,050	-0,058
	<i>p</i>	0,096	0,006**	0,349	0,098	0,550	0,113	0,106	0,252	0,127	0,000**	0,027*	0,087	0,046*
28	<i>r</i>	0,167	0,110	0,138	0,208	0,156	0,104	0,174	-0,044	0,023	0,190	0,160	0,248	0,022
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,130	0,426	0,000**	0,000**	0,000**	0,457
29	<i>r</i>	0,223	0,145	0,114	0,221	0,193	0,042	0,162	0,003	0,066	0,186	0,127	0,186	-0,018
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,152	0,000**	0,925	0,023*	0,000**	0,000**	0,000**	0,540
30	<i>r</i>	0,299	0,196	0,213	0,308	0,318	0,104	0,304	0,012	0,080	0,235	0,150	0,285	-0,020
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,683	0,006**	0,000**	0,000**	0,000**	0,481
31	<i>r</i>	0,196	0,108	0,169	0,192	0,201	0,037	0,160	0,016	0,080	0,158	0,098	0,167	0,000
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,205	0,000**	0,576	0,006**	0,000**	0,001**	0,000**	0,987
32	<i>r</i>	0,027	0,022	0,045	0,073	0,114	0,015	0,063	0,042	0,032	0,014	0,024	0,061	-0,023
	<i>p</i>	0,361	0,455	0,121	0,012*	0,000**	0,614	0,032*	0,147	0,276	0,641	0,421	0,036*	0,422
33	<i>r</i>	0,204	0,119	0,132	0,175	0,196	0,100	0,186	0,004	0,076	0,147	0,100	0,194	0,073
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,001**	0,000**	0,898	0,009**	0,000**	0,001**	0,000**	0,012*
34	<i>r</i>	0,240	0,163	0,174	0,208	0,274	0,014	0,236	0,058	0,074	0,170	0,094	0,180	0,010
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,620	0,000**	0,046*	0,012*	0,000**	0,001**	0,000**	0,725
35	<i>r</i>	0,145	0,103	0,091	0,151	0,076	0,0100	0,084	-0,020	0,029	0,166	0,134	0,163	-0,040
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,002**	0,000**	0,010**	0,001**	0,004**	0,486	0,322	0,000**	0,000**	0,000**	0,170

36	<i>r</i>	0,130	0,112	0,128	0,109	0,107	0,032	0,127	0,064	0,052	0,190	0,063	0,081	0,003
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,275	0,000**	0,030*	0,080	0,000**	0,032*	0,006**	0,908
37	<i>r</i>	0,285	0,179	0,207	0,280	0,241	0,085	0,261	-0,002	0,107	0,259	0,194	0,275	-0,003
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,004**	0,000**	0,948	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,913
38	<i>r</i>	0,186	0,159	0,124	0,208	0,129	0,077	0,162	0,000	0,019	0,154	0,186	0,139	0,005
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,009**	0,000**	0,988	0,531	0,000**	0,000**	0,000**	0,874
39	<i>r</i>	0,256	0,124	0,216	0,230	0,196	0,066	0,221	0,006	0,087	0,209	0,182	0,234	-0,028
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,026*	0,000**	0,845	0,003**	0,000**	0,000**	0,000**	0,339
40	<i>r</i>	0,271	0,201	0,247	0,226	0,228	0,088	0,253	0,023	0,091	0,239	0,213	0,258	0,043
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,003**	0,000**	0,433	0,002**	0,000**	0,000**	0,000**	0,149
41	<i>r</i>	0,165	0,116	0,155	0,164	0,137	0,078	0,149	-0,010	0,043	0,139	0,143	0,202	-0,012
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,008**	0,000**	0,737	0,145	0,000**	0,000**	0,000**	0,685
42	<i>r</i>	0,124	0,107	0,115	0,160	0,115	0,135	0,124	-0,031	0,051	0,110	0,150	0,129	-0,010
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,286	0,084	0,000**	0,000**	0,000**	0,723
43	<i>r</i>	0,044	0,087	0,054	0,046	0,052	0,076	0,022	-0,024	0,010	0,031	0,036	0,042	0,031
	<i>p</i>	0,133	0,003**	0,066	0,119	0,078	0,010**	0,457	0,420	0,729	0,301	0,226	0,155	0,301
44	<i>r</i>	0,221	0,142	0,206	0,186	0,272	0,074	0,217	0,059	0,035	0,158	0,139	0,202	0,005
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,012*	0,000**	0,047*	0,239	0,000**	0,000**	0,000**	0,875
45	<i>r</i>	0,177	0,134	0,141	0,215	0,159	0,130	0,165	-0,005	0,090	0,140	0,169	0,220	-0,001
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,854	0,002**	0,000**	0,000**	0,000**	0,985
46	<i>r</i>	0,195	0,174	0,162	0,184	0,166	0,141	0,145	-0,049	0,064	0,164	0,138	0,127	0,026
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,102	0,034	0,000**	0,000**	0,000**	0,392
47	<i>r</i>	0,295	0,155	0,195	0,242	0,259	0,134	0,232	0,036	0,129	0,281	0,198	0,295	0,016
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,223	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,587
48	<i>r</i>	0,177	0,090	0,110	0,191	0,224	0,074	0,151	0,046	0,075	0,090	0,123	0,151	0,028
	<i>p</i>	0,000**	0,002**	0,000**	0,000**	0,000**	0,013*	0,000**	0,126	0,013*	0,000**	0,000**	0,000**	0,345
49	<i>r</i>	0,203	0,123	0,171	0,252	0,168	0,111	0,223	-0,020	0,124	0,216	0,207	0,169	0,003
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,519	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,925
50	<i>r</i>	0,186	0,080	0,109	0,162	0,200	0,144	0,122	0,015	0,064	0,109	0,086	0,157	-0,017
	<i>p</i>	0,000**	0,007**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,609	0,034*	0,000**	0,004**	0,000**	0,563
51	<i>r</i>	0,166	0,151	0,195	0,150	0,191	0,051	0,200	0,046	0,078	0,157	0,115	0,102	-0,017
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,087	0,000**	0,129	0,009**	0,000**	0,000**	0,001**	0,575
52	<i>r</i>	0,245	0,194	0,183	0,199	0,205	0,117	0,232	-0,041	0,099	0,221	0,165	0,317	-0,007
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,171	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**	0,816

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XIV – Correlações de *Pearson* entre os itens da escala IALS (Itens 27 a 39)

Itens	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	
28	<i>r</i>	0,056												
	<i>p</i>	0,053												
29	<i>r</i>	-0,008	0,180											
	<i>p</i>	0,773	0,000**											
30	<i>r</i>	0,012	0,258	0,268										
	<i>p</i>	0,689	0,000**	0,000**										
31	<i>r</i>	-0,012	0,113	0,135	0,243									
	<i>p</i>	0,678	0,000**	0,000**	0,000**									
32	<i>r</i>	-0,004	0,032	0,031	0,077									
	<i>p</i>	0,877	0,267	0,293	0,008**	0,505								
33	<i>r</i>	0,039	0,149	0,166	0,259	0,144	0,092							
	<i>p</i>	0,181	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,002**							
34	<i>r</i>	-0,010	0,134	0,164	0,278	0,182	0,027	0,184						
	<i>p</i>	0,741	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,354	0,000**						
35	<i>r</i>	0,062	0,120	0,147	0,147	0,057	0,010	0,141	0,108					
	<i>p</i>	0,034	0,000**	0,000**	0,000**	0,052	0,728	0,000**	0,000**					
36	<i>r</i>	0,050	0,072	0,110	0,162	0,116	0,013	0,117	0,101	0,123				
	<i>p</i>	0,089	0,014*	0,000**	0,000**	0,000**	0,658	0,000**	0,001**	0,000**				
37	<i>r</i>	0,082	0,235	0,254	0,379	0,204	0,039	0,233	0,288	0,182	0,210			
	<i>p</i>	0,005**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,178	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**			
38	<i>r</i>	0,005	0,146	0,148	0,165	0,076	0,009	0,103	0,095	0,125	0,084	0,215		
	<i>p</i>	0,858	0,000**	0,000**	0,000**	0,010**	0,760	0,000**	0,001**	0,000**	0,004**	0,000**		
39	<i>r</i>	0,048	0,184	0,256	0,267	0,162	0,075	0,233	0,205	0,154	0,144	0,333	0,172	
	<i>p</i>	0,105	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	
40	<i>r</i>	0,077	0,219	0,226	0,269	0,132	0,065	0,208	0,228	0,161	0,189	0,313	0,238	0,418
	<i>p</i>	0,009**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,028*	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
41	<i>r</i>	0,024	0,177	0,158	0,230	0,141	0,032	0,108	0,171	0,135	0,106	0,229	0,176	0,161
	<i>p</i>	0,412	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,279	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
42	<i>r</i>	0,020	0,095	0,162	0,127	0,025	0,063	0,112	0,119	0,137	0,108	0,176	0,148	0,173
	<i>p</i>	0,505	0,001**	0,000**	0,000**	0,393	0,034*	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
43	<i>r</i>	0,030	0,098	0,074	0,049	0,051	-0,008	0,052	0,013	0,114	0,027	0,046	0,038	0,007
	<i>p</i>	0,314	0,001**	0,012*	0,096	0,087	0,799	0,078	0,665	0,000**	0,364	0,120	0,198	0,811
44	<i>r</i>	-0,051	0,097	0,149	0,252	0,229	0,079	0,141	0,251	0,162	0,081	0,308	0,165	0,261
	<i>p</i>	0,084	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**	0,007**	0,000**	0,000**	0,000**	0,006**	0,000**	0,000**	0,000**
45	<i>r</i>	0,067	0,200	0,207	0,211	0,108	0,099	0,160	0,139	0,175	0,147	0,248	0,192	0,256
	<i>p</i>	0,023*	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
46	<i>r</i>	0,036	,143	0,213	0,155	0,124	0,032	0,152	0,081	0,160	0,137	0,238	0,159	0,201
	<i>p</i>	0,231	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,278	0,000**	0,007**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
47	<i>r</i>	0,019	0,168	0,274	0,276	0,207	0,085	0,200	0,238	0,260	0,175	0,313	0,216	0,275
	<i>p</i>	0,517	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,004**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
48	<i>r</i>	0,015	0,103	0,109	0,179	0,111	0,132	0,135	0,098	0,100	0,088	0,186	0,142	0,210
	<i>p</i>	0,608	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,001**	0,001**	0,003**	0,000**	0,000**	0,000**

49	<i>r</i>	0,032	0,195	0,192	0,228	0,166	0,091	0,127	0,129	0,157	0,142	0,293	0,136	0,239
	<i>p</i>	0,286	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,003**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
50	<i>r</i>	0,008	0,074	0,135	0,187	0,111	0,025	0,093	0,193	0,139	0,046	0,198	0,153	0,139
	<i>p</i>	0,798	0,014	0,000**	0,000**	0,000**	0,399	0,002**	0,000**	0,000**	0,130	0,000**	0,000**	0,000**
51	<i>r</i>	0,052	0,099	0,135	0,171	0,119	0,048	0,128	0,134	0,086	0,137	0,181	0,133	0,220
	<i>p</i>	0,084	0,001**	0,000**	0,000**	0,000**	0,111	0,000**	0,000**	0,004**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
52	<i>r</i>	0,038	0,204	0,217	0,295	0,162	0,044	0,205	0,203	0,171	0,169	0,351	0,164	0,249
	<i>p</i>	0,204	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,142	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$



Tabela XV – Correlações de *Pearson* entre os itens da escala IALS (Itens 40 a 52)

Itens	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
41	<i>r</i>	0,180											
	<i>p</i>	0,000**											
42	<i>r</i>	0,222	0,149										
	<i>p</i>	0,000**	0,000**										
43	<i>r</i>	0,039	0,073	0,006									
	<i>p</i>	0,193	0,014	0,838									
44	<i>r</i>	0,277	0,203	0,138	0,020								
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,491								
45	<i>r</i>	0,246	0,165	0,175	0,051	0,179							
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,084	0,000**							
46	<i>r</i>	0,228	0,238	0,178	0,101	0,200	0,222						
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,001**	0,000**	0,000**						
47	<i>r</i>	0,338	0,221	0,197	0,088	0,301	0,251	0,291					
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,003**	0,000**	0,000**	0,000**					
48	<i>r</i>	0,188	0,138	0,194	0,037	0,169	0,139	0,158	0,224				
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,217	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**				
49	<i>r</i>	0,241	0,203	0,143	0,044	0,236	0,191	0,219	0,317	0,236			
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,151	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**			
50	<i>r</i>	0,194	0,096	0,114	0,037	0,200	0,176	0,175	0,237	0,123	0,136		
	<i>p</i>	0,000**	0,001**	0,000**	0,218	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**		
51	<i>r</i>	0,214	0,131	0,153	0,000	0,161	0,221	0,110	0,223	0,125	0,179	0,139	
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,992	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	
52	<i>r</i>	0,281	0,257	0,193	0,039	0,194	0,296	0,254	0,350	0,237	0,280	0,162	0,304
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,196	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XVI - Respostas aos itens da AHP Scale

	Nunca		Poucas vezes		Algumas vezes		Muitas Vezes		Sempre		$\bar{x}$	$\sigma$
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Item 1	19	1,56	41	3,37	63	5,19	138	11,36	953	78,5	4,62	0,855
Item 2	40	3,29	131	10,78	492	40,49	416	34,24	134	11,03	3,39	0,935
Item 3	19	1,56	78	6,42	245	20,16	452	37,20	419	34,49	3,97	0,972
Item 4	103	8,48	348	28,64	355	29,22	272	22,39	134	11,03	2,99	1,138
Item 5	39	3,21	162	13,33	338	27,82	475	39,09	200	16,46	3,52	1,020
Item 6	20	1,65	55	4,53	96	7,90	149	12,26	894	73,58	4,52	0,937
Item 7	49	4,03	232	19,09	386	31,77	388	31,93	158	13,00	3,31	1,049
Item 8	4	0,33	15	1,23	117	9,63	487	40,08	591	48,64	4,36	0,732
Item 9	38	3,13	200	16,46	397	32,67	413	33,99	163	13,42	3,38	1,012
Item 10	65	5,35	71	5,84	165	13,58	315	25,93	598	49,22	4,08	1,157
Item 11	6	0,49	36	2,96	123	10,12	354	29,14	695	57,20	4,40	0,825
Item 12	19	1,56	15	1,23	82	6,75	337	27,74	759	62,47	4,49	0,805
Item 13	55	4,53	250	20,58	403	33,17	377	31,03	128	10,53	3,23	1,035
Item 14	215	17,70	400	32,92	306	25,19	207	17,04	86	7,08	2,63	1,164
Item 15	104	8,56	241	19,84	357	29,38	280	23,05	231	19,01	3,24	1,215
Item 16	209	17,20	406	33,42	319	26,26	205	16,87	75	6,17	2,61	1,136
Item 17	37	3,05	160	13,17	218	17,94	251	20,66	546	44,94	3,92	1,195
Item 18	39	3,21	69	5,68	176	14,49	429	35,31	499	41,07	4,06	1,035
Item 19	23	1,89	114	9,38	238	19,59	449	36,95	389	32,02	3,88	1,025
Item 20	59	4,86	351	28,89	515	42,39	249	20,49	36	2,96	2,88	0,892
Item 21	91	7,49	299	24,61	447	36,79	287	23,62	83	6,83	2,98	1,031
Item 22	99	8,15	115	9,47	243	20,00	365	30,04	386	31,77	3,68	1,241
Item 23	81	6,67	76	6,26	182	14,98	359	29,55	511	42,06	3,95	1,194
Item 24	20	1,65	109	8,97	311	25,60	422	34,73	346	28,48	3,80	1,007
Item 25	24	1,98	79	6,50	300	24,69	530	43,62	276	22,72	3,79	0,934
Item 26	21	1,73	64	5,27	339	27,90	498	40,99	288	23,70	3,80	0,920
Item 27	15	1,23	31	2,55	213	17,53	542	44,61	408	33,58	4,07	0,850
Item 28	24	1,98	94	7,74	339	27,90	501	41,23	252	20,74	3,71	0,947
Item 29	49	4,03	91	7,49	249	20,49	405	33,33	412	33,91	3,86	1,094
Item 30	146	12,02	330	27,16	318	26,17	265	21,81	150	12,35	2,95	1,213
Item 31	88	7,24	206	16,95	190	15,64	220	18,11	504	41,48	3,70	1,351
Item 32	46	3,79	13	1,07	26	2,14	82	6,75	1041	85,68	4,70	0,879
Item 33	19	1,56	58	4,77	127	10,45	265	21,81	741	60,99	4,36	0,958
Item 34	59	4,86	176	14,49	406	33,42	419	34,49	150	12,35	3,35	1,030
Item 35	30	2,47	130	10,70	276	22,72	376	30,95	397	32,67	3,81	1,084
Item 36	72	5,93	224	18,44	376	30,95	374	30,78	164	13,50	3,28	1,095
Item 37	70	5,76	207	17,04	364	29,96	406	33,42	159	13,09	3,31	1,082
Item 38	16	1,32	74	6,09	160	13,17	351	28,89	608	50,04	4,21	0,978
Item 39	85	7,00	193	15,88	359	29,55	374	30,95	194	15,97	3,33	1,134
Item 40	38	3,13	154	12,67	363	29,88	438	36,05	216	17,78	3,53	1,025

Tabela XVII - Respostas às questões do IALS

	Resposta A		Resposta B		Resposta C		Resposta D		Resposta Nula		Resposta Ausente		$\bar{x}$	$\sigma$
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Q. 1</b>	55	4,53	<b>947</b>	<b>77,94</b>	81	6,67	113	9,30	9	0,74	10	0,82	0,78	0,410
<b>Q. 2</b>	96	7,90	90	7,41	<b>847</b>	<b>69,71</b>	161	13,25	13	1,07	8	0,66	0,70	0,458
<b>Q. 3</b>	65	5,35	22	1,81	41	3,37	<b>1075</b>	<b>88,48</b>	5	0,41	7	0,58	0,89	0,313
<b>Q. 4</b>	<b>1016</b>	<b>83,62</b>	35	2,88	29	2,39	127	10,45	3	0,25	5	0,41	0,84	0,367
<b>Q. 5</b>	32	2,63	553	45,51	<b>584</b>	<b>48,07</b>	29	2,39	12	0,99	5	0,41	0,48	0,500
<b>Q. 6</b>	<b>729</b>	<b>60,00</b>	285	23,46	62	5,10	115	9,47	8	0,66	16	1,32	0,61	0,488
<b>Q. 7</b>	32	2,63	<b>1119</b>	<b>92,10</b>	24	1,98	29	2,39	3	0,25	8	0,66	<b>0,93</b>	<b>0,260</b>
<b>Q. 8</b>	305	25,10	223	18,35	112	9,22	<b>551</b>	<b>45,35</b>	9	0,74	15	1,23	0,46	0,498
<b>Q. 9</b>	121	9,96	224	18,44	<b>457</b>	<b>37,61</b>	380	31,28	21	1,73	12	0,99	0,38	0,486
<b>Q. 10</b>	106	8,72	76	6,26	43	3,54	<b>974</b>	<b>80,16</b>	8	0,66	8	0,66	0,81	0,395
<b>Q. 11</b>	41	3,37	<b>1066</b>	<b>87,84</b>	42	3,46	60	4,94	5	0,41	1	0,08	0,88	0,327
<b>Q. 12</b>	107	8,81	<b>1055</b>	<b>86,83</b>	27	2,22	17	1,40	5	0,41	4	0,33	0,87	0,335
<b>Q. 13</b>	716	58,93	<b>260</b>	<b>21,40</b>	96	7,90	73	6,01	12	0,99	58	4,77	0,22	0,418
<b>Q. 14</b>	78	6,42	109	8,97	110	9,05	<b>900</b>	<b>74,07</b>	9	0,74	9	0,74	0,75	0,435
<b>Q. 15</b>	51	4,20	<b>920</b>	<b>75,72</b>	188	15,47	42	3,46	6	0,498	8	0,66	0,76	0,426
<b>Q. 16</b>	115	9,47	35	2,88	<b>965</b>	<b>79,42</b>	82	6,75	6	0,49	12	0,99	0,80	0,398
<b>Q. 17</b>	53	4,36	<b>1031</b>	<b>84,86</b>	67	5,51	47	3,87	5	0,41	12	0,99	0,86	0,350
<b>Q. 18</b>	<b>1071</b>	<b>88,15</b>	57	4,69	53	4,36	22	1,81	6	0,49	6	0,49	0,88	0,318
<b>Q. 19</b>	<b>506</b>	<b>41,65</b>	95	7,82	110	9,05	482	39,67	12	0,99	10	0,82	0,42	0,494
<b>Q. 20</b>	102	8,40	67	5,51	91	7,49	<b>938</b>	<b>77,20</b>	6	0,49	11	0,91	0,78	0,415
<b>Q. 21</b>	<b>652</b>	<b>53,66</b>	490	40,33	39	3,21	14	1,15	9	0,74	11	0,91	0,54	0,498
<b>Q. 22</b>	230	18,93	360	29,63	<b>569</b>	<b>46,83</b>	23	1,89	3	0,25	30	2,47	0,48	0,500
<b>Q. 23</b>	230	18,93	92	7,57	122	10,04	<b>753</b>	<b>61,98</b>	7	0,58	11	0,91	0,62	0,484
<b>Q. 24</b>	184	15,14	<b>779</b>	<b>64,12</b>	126	10,37	96	7,90	0	0,00	30	2,47	0,66	0,475
<b>Q. 25</b>	102	8,40	<b>773</b>	<b>63,62</b>	182	14,98	128	10,53	6	0,49	24	1,98	0,65	0,477
<b>Q. 26</b>	<b>516</b>	<b>42,47</b>	419	34,49	197	16,21	63	5,19	2	0,16	18	1,48	0,43	0,495
<b>Q. 27</b>	792	65,19	<b>226</b>	<b>18,60</b>	94	7,74	40	3,29	48	3,95	15	1,23	<b>0,19</b>	<b>0,391</b>
<b>Q. 28</b>	246	20,25	198	16,30	207	17,04	<b>529</b>	<b>43,54</b>	12	0,99	23	1,89	0,44	0,497
<b>Q. 29</b>	31	2,55	237	19,51	<b>848</b>	<b>69,79</b>	67	5,51	15	1,23	17	1,40	0,71	0,455
<b>Q. 30</b>	113	9,30	130	10,70	<b>883</b>	<b>72,67</b>	65	5,35	4	0,33	20	1,65	0,74	0,439
<b>Q. 31</b>	42	3,46	<b>962</b>	<b>79,18</b>	150	12,35	33	2,72	4	0,33	24	1,98	0,81	0,394
<b>Q. 32</b>	<b>490</b>	<b>40,33</b>	47	3,87	459	37,78	174	14,32	18	1,48	27	2,22	0,41	0,492
<b>Q. 33</b>	50	4,12	61	5,02	<b>758</b>	<b>62,39</b>	299	24,61	21	1,73	26	2,14	0,64	0,481
<b>Q. 34</b>	<b>925</b>	<b>76,13</b>	117	9,63	55	4,53	82	6,75	8	0,66	28	2,30	0,78	0,415
<b>Q. 35</b>	<b>589</b>	<b>48,48</b>	292	24,03	116	9,55	159	13,09	13	1,07	46	3,79	0,51	0,500
<b>Q. 36</b>	<b>612</b>	<b>50,37</b>	406	33,42	70	5,76	69	5,68	10	0,82	48	3,95	0,52	0,500
<b>Q. 37</b>	105	8,64	<b>900</b>	<b>74,07</b>	102	8,40	59	4,86	6	0,49	43	3,54	0,77	0,422
<b>Q. 38</b>	<b>664</b>	<b>54,65</b>	109	8,97	167	13,74	211	17,37	17	1,40	47	3,87	0,57	0,496
<b>Q. 39</b>	146	12,02	<b>876</b>	<b>72,10</b>	78	6,42	52	4,28	10	0,82	53	4,36	0,75	0,431
<b>Q. 40</b>	31	2,55	84	6,91	217	17,86	<b>816</b>	<b>67,16</b>	10	0,82	57	4,69	0,70	0,456
<b>Q. 41</b>	128	10,53	<b>692</b>	<b>56,95</b>	183	15,06	154	12,67	1	0,08	57	4,69	0,60	0,491

<b>Q. 42</b>	<b>658</b>	<b>54,16</b>	54	4,44	391	32,18	38	3,13	21	1,73	53	4,36	0,57	0,496
<b>Q. 43</b>	148	12,18	<b>425</b>	<b>34,98</b>	489	40,25	81	6,67	6	0,49	66	5,43	0,37	0,483
<b>Q. 44</b>	53	4,36	<b>922</b>	<b>75,88</b>	116	9,55	61	5,02	2	0,16	61	5,02	0,80	0,401
<b>Q. 45</b>	301	24,77	62	5,10	198	16,30	<b>579</b>	<b>47,65</b>	6	0,49	69	5,68	0,50	0,500
<b>Q. 46</b>	142	11,69	<b>671</b>	<b>55,23</b>	269	22,14	44	3,62	4	0,33	85	7,00	0,59	0,491
<b>Q. 47</b>	97	7,98	101	8,31	136	11,19	<b>795</b>	<b>65,43</b>	3	0,25	83	6,83	0,70	0,457
<b>Q. 48</b>	<b>697</b>	<b>57,37</b>	136	11,19	131	10,78	142	11,69	25	2,06	84	6,91	0,62	0,486
<b>Q. 49</b>	138	11,36	<b>793</b>	<b>65,27</b>	83	6,83	73	6,01	4	0,33	124	10,21	0,73	0,446
<b>Q. 50</b>	<b>719</b>	<b>59,18</b>	85	7,00	237	19,51	74	6,09	4	0,33	96	7,90	0,64	0,479
<b>Q. 51</b>	66	5,43	266	21,89	<b>704</b>	<b>57,94</b>	76	6,26	6	0,49	97	7,98	0,63	0,483
<b>Q. 52</b>	161	13,25	159	13,09	163	13,42	<b>635</b>	<b>52,26</b>	6	0,49	91	7,49	0,56	0,496

Tabela XVIII – Diferenças de literacia em saúde entre os sexos (teste *t-student*)

Áreas Temáticas	Sexo	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F</i> ( <i>p</i> )	<i>t</i>	<i>p</i>
Gestão do <i>stress</i>	Masculino	0,62	0,244	53,686	0,000	-9,192	0,000**
	Feminino	0,74	0,190				
Saúde reprodutiva/sexual	Masculino	0,60	0,188	36,141	0,000	-9,886	0,000**
	Feminino	0,70	0,144				
Exercício físico	Masculino	0,69	0,242	65,486	0,000	-10,951	0,000**
	Feminino	0,82	0,185				
Gestão do peso	Masculino	0,54	0,259	8,780	0,003	-7,037	0,000**
	Feminino	0,64	0,238				
Uso de substâncias	Masculino	0,44	0,232	9,246	0,002	-10,194	0,000**
	Feminino	0,57	0,210				
Segurança pessoal	Masculino	0,61	0,279	80,182	0,000	-7,110	0,000**
	Feminino	0,71	0,212				
Prevenção de doenças cardiovasculares	Masculino	0,58	0,262	33,508	0,000	-7,639	0,000**
	Feminino	0,69	0,221				
Prevenção de doenças cancerígenas	Masculino	0,54	0,274	24,328	0,000	-12,446	0,000**
	Feminino	0,74	0,236				
Advocacia da saúde	Masculino	0,50	0,398	0,350	0,554	-9,096	0,000**
	Feminino	0,71	0,362				
Parâmetros de desempenho	Sexo	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F</i> ( <i>p</i> )	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento base	Masculino	0,56	0,194	35,975	0,000	-11,076	0,000**
	Feminino	0,67	0,156				
Aquisição de informação	Masculino	0,58	0,229	32,076	0,000	-11,904	0,000**
	Feminino	0,74	0,184				
Implementação de estratégia	Masculino	0,60	0,204	44,512	0,000	-10,118	0,000**
	Feminino	0,72	0,156				
Fatores que influenciam	Masculino	0,49	0,354	0,503	0,478	-4,886	0,000**
	Feminino	0,59	0,330				
Competências de comunicação	Masculino	0,67	0,253	97,233	0,000	-7,950	0,000**
	Feminino	0,77	0,182				
Planeamento e processo	Masculino	0,62	0,237	17,108	0,000	-10,431	0,000**
	Feminino	0,76	0,199				
Advocacia	Masculino	0,50	0,398	0,350	0,554	-9,096	0,000**
	Feminino	0,91	0,362				
TOTAL	Masculino	0,59	0,170	62,308	0,000	-12,884	0,000**
	Feminino	0,71	0,128				

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XIX – Diferenças dos níveis de literacia em saúde entre anos de escolaridade (teste *Post-Hoc Tukey*)

Área temática	a)	b)	$\bar{x}$ a)	$\sigma$ a)	$\bar{x}$ b)	$\sigma$ b)	Diferença de $\bar{x}$ (a-b)	p
Gestão do stresse	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,66	0,235	0,660	0,231	-0,001	0,998
		12º ano/3º ano			0,73	0,205	-0,072	0,000**
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,660	0,231	0,66	0,235	0,001	0,998
		12º ano/3º ano			0,73	0,205	-0,071	0,000**
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,73	0,205	0,66	0,235	0,072	0,000**
		11º ano/2º ano			0,660	0,231	0,071	0,000**
Saúde reprodutiva/sexual	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,62	0,176	0,66	0,177	-0,034	0,015*
		12º ano/3º ano			0,66	0,171	-0,039	0,012*
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,66	0,177	0,62	0,176	0,034	0,015*
		12º ano/3º ano			0,66	0,171	-0,005	0,931
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,66	0,171	0,62	0,176	0,039	0,012*
		11º ano/2º ano			0,66	0,177	0,005	0,931
Exercício físico	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,74	0,232	0,74	0,234	0,000	1,000
		12º ano/3º ano			0,79	0,207	-0,056	0,002**
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,74	0,234	0,74	0,232	-0,000	1,000
		12º ano/3º ano			0,79	0,207	-0,057	0,002**
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,79	0,207	0,74	0,232	0,056	0,002**
		11º ano/2º ano			0,74	0,234	0,057	0,002**
Gestão do peso	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,55	0,262	0,58	0,253	-0,028	0,246
		12º ano/3º ano			0,64	0,236	-0,091	0,000**
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,58	0,253	0,55	0,262	0,028	0,246
		12º ano/3º ano			0,64	0,236	-0,064	0,002**
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,64	0,236	0,55	0,262	0,091	0,000**
		11º ano/2º ano			0,58	0,253	0,064	0,002**
Uso de substâncias	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,48	0,214	0,48	0,237	0,002	0,994
		12º ano/3º ano			0,56	0,235	-0,085	0,000**
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,48	0,237	0,48	0,214	-0,002	0,994
		12º ano/3º ano			0,56	0,235	-0,087	0,000**
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,56	0,235	0,48	0,214	0,085	0,000**
		11º ano/2º ano			0,48	0,237	0,087	0,000**
Prevenção de doenças cardiovasculares	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,62	0,235	0,61	0,260	0,012	0,779
		12º ano/3º ano			0,68	0,245	-0,055	0,011*
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,61	0,260	0,62	0,235	-0,012	0,779
		12º ano/3º ano			0,68	0,245	-0,066	0,001**
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,68	0,245	0,62	0,235	0,055	0,011*
		11º ano/2º ano			0,61	0,260	0,066	0,001**
Prevenção de doenças cancerígenas	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,61	0,280	0,64	0,279	-0,026	0,393
		12º ano/3º ano			0,67	0,260	-0,054	0,033*
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,64	0,279	0,61	0,280	0,026	0,393
		12º ano/3º ano			0,67	0,260	-0,028	0,366
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,67	0,260	0,61	0,280	0,054	0,033*
		11º ano/2º ano			0,64	0,279	0,028	0,366

Advocacia em saúde	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,57	0,400	0,58	0,394	-0,008	0,958
		12º ano/3º ano			0,65	0,386	-0,081	0,021*
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,58	0,394	0,57	0,400	0,008	0,958
		12º ano/3º ano			0,65	0,386	-0,073	0,035*
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,65	0,386	0,57	0,400	0,081	0,021
		11º ano/2º ano			0,58	0,394	0,073	0,035*
Parâmetros de desempenho	a)	b)	$\bar{x}$ a)	$\sigma$ a)	$\bar{x}$ b)	$\sigma$ b)	Diferença de $\bar{x}$ (a-b)	p
Conhecimento base	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,59	0,182	0,59	0,192	-0,002	0,988
		12º ano/3º ano			0,67	0,173	-0,078	0,000**
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,59	0,192	0,59	0,182	0,002	0,988
		12º ano/3º ano			0,67	0,173	-0,076	0,000**
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,67	0,173	0,59	0,182	0,078	0,000**
		11º ano/2º ano			0,59	0,192	0,076	0,000**
Aquisição de informação	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,64	0,224	0,64	0,228	-0,002	0,994
		12º ano/3º ano			0,69	0,208	-0,048	0,015*
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,64	0,228	0,64	0,224	0,002	0,994
		12º ano/3º ano			0,69	0,208	-0,047	0,015*
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,69	0,208	0,64	0,224	0,048	0,015*
		11º ano/2º ano			0,64	0,228	0,047	0,015*
Implementação de estratégia	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,63	0,198	0,65	0,193	-0,021	0,295
		12º ano/3º ano			0,70	0,175	-0,067	0,000**
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,65	0,193	0,63	0,198	0,021	0,295
		12º ano/3º ano			0,70	0,175	-0,046	0,006**
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,70	0,175	0,63	0,198	0,067	0,000**
		11º ano/2º ano			0,65	0,193	0,046	0,006**
Advocacia	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,57	0,400	0,58	0,394	-0,008	0,958
		12º ano/3º ano			0,65	0,386	-0,081	0,021*
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,58	0,394	0,57	0,400	0,008	0,958
		12º ano/3º ano			0,65	0,386	-0,073	0,035*
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,65	0,386	0,57	0,400	0,081	0,021*
		11º ano/2º ano			0,58	0,394	0,073	0,035*
TOTAL	10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	0,63	0,158	0,64	0,172	-0,005	0,902
		12º ano/3º ano			0,68	0,153	-0,055	0,000**
	11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	0,64	0,172	0,63	0,158	0,005	0,902
		12º ano/3º ano			0,68	0,153	-0,049	0,000**
	12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	0,68	0,153	0,63	0,158	0,055	0,000**
		11º ano/2º ano			0,64	0,172	0,049	0,000**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XX – Diferenças dos níveis de literacia em saúde entre cursos formativos (teste *Post-Hoc Tukey*)

Área temática	a)	b)	$\bar{x}$ a)	$\sigma$ a)	$\bar{x}$ b)	$\sigma$ b)	Diferença de $\bar{x}$ (a-b)	p
Gestão do stress	CCH – Ciências Socioeconómicas	CCH – Ciências e Tecnologias	0,71	0,201	0,74	0,197	-0,027	0,616
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,185	0,023	0,935
		CCH – Línguas e Humanidades			0,68	0,203	0,026	0,973
		Curso Profissional			0,52	0,248	0,192	0,000**
	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,74	0,197	0,71	0,201	0,027	0,616
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,185	0,050	0,282
		CCH – Línguas e Humanidades			0,68	0,203	0,053	0,666
		Curso Profissional			0,52	0,248	0,218	0,000**
	CCH – Artes Visuais	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,69	0,185	0,71	0,201	-0,023	0,935
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,74	0,197	-0,050	0,282
		CCH – Línguas e Humanidades			0,68	0,203	0,003	1,000
		Curso Profissional			0,52	0,248	0,169	0,000**
	CCH – Línguas e Humanidades	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,68	0,203	0,71	0,201	-0,026	0,973
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,74	0,197	-0,053	0,666
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,185	-0,003	1,000
		Curso Profissional			0,52	0,248	0,166	0,000**
	Curso Profissional	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,52	0,248	0,71	0,201	-0,192	0,000**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,74	0,197	-0,218	0,000**
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,185	-0,169	0,000**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,68	0,203	-0,166	0,000**
Saúde reprodutiva/sexual	CCH – Ciências Socioeconómicas	CCH – Ciências e Tecnologias	0,66	0,154	0,69	0,153	-0,036	0,095
		CCH – Artes Visuais			0,67	0,134	-0,016	0,959
		CCH – Línguas e Humanidades			0,68	0,172	-0,024	0,950
		Curso Profissional			0,53	0,190	0,131	0,000**
	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,69	0,153	0,66	0,154	0,036	0,095
		CCH – Artes Visuais			0,67	0,134	0,211	0,814
		CCH – Línguas e Humanidades			0,68	0,172	0,012	0,995
		Curso Profissional			0,53	0,190	0,167	0,000**
	CCH – Artes Visuais	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,67	0,134	0,66	0,154	0,016	0,959
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,69	0,153	-0,021	0,814
		CCH – Línguas e Humanidades			0,68	0,172	-0,009	0,999
		Curso Profissional			0,53	0,190	0,146	0,000**
	CCH – Línguas e Humanidades	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,68	0,172	0,66	0,154	0,024	0,950
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,69	0,153	-0,012	0,995
		CCH – Artes Visuais			0,67	0,134	0,009	0,999
		Curso Profissional			0,53	0,190	0,155	0,000**
	Curso Profissional	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,53	0,190	0,66	0,154	-0,131	0,000**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,69	0,153	-0,167	0,000**
		CCH – Artes Visuais			0,67	0,134	-0,146	0,000**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,68	0,172	-0,155	0,000**
Exercício físico	CCH – Ciências Socioeconómicas	CCH – Ciências e Tecnologias	0,81	0,172	0,80	0,199	0,006	0,996
		CCH – Artes Visuais			0,79	0,156	0,021	0,940



		CCH – Línguas e Humanidades	0,80	0,199	0,77	0,226	0,038	0,883
		Curso Profissional			0,58	0,255	0,225	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,81	0,172	-0,007	0,996
		CCH – Artes Visuais			0,79	0,156	0,014	0,974
	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Línguas e Humanidades	0,79	0,156	0,77	0,226	0,031	0,924
		Curso Profissional			0,58	0,255	0,218	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,81	0,172	-0,021	0,940
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,80	0,199	-0,014	0,974
	CCH – Artes Visuais	CCH – Línguas e Humanidades	0,77	0,226	0,77	0,226	0,017	0,995
		Curso Profissional			0,58	0,255	0,204	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,81	0,172	-0,038	0,883
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,80	0,199	-0,031	0,924
	CCH – Línguas e Humanidades	CCH – Artes Visuais	0,58	0,255	0,79	0,156	-0,017	0,995
		Curso Profissional			0,58	0,255	0,187	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,81	0,172	-0,225	0,000**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,80	0,199	-0,218	0,000**
	Curso Profissional	CCH – Artes Visuais	0,62	0,240	0,79	0,156	-0,204	0,000**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,77	0,226	-0,187	0,000**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,64	0,247	-0,019	0,909
		CCH – Artes Visuais			0,60	0,240	0,024	0,945
Gestão do peso	CCH – Ciências Socioeconómicas	CCH – Línguas e Humanidades	0,64	0,247	0,60	0,194	0,024	0,984
		Curso Profissional			0,44	0,232	0,181	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,62	0,240	0,019	0,909
		CCH – Artes Visuais			0,60	0,240	0,043	0,538
	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Línguas e Humanidades	0,60	0,240	0,60	0,194	0,043	0,853
		Curso Profissional			0,44	0,232	0,200	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,62	0,240	-0,024	0,945
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,64	0,247	-0,043	0,538
	CCH – Artes Visuais	CCH – Línguas e Humanidades	0,60	0,194	0,60	0,194	0,000	1,000
		Curso Profissional			0,44	0,232	0,156	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,62	0,240	-0,024	0,984
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,64	0,247	-0,043	0,853
	CCH – Línguas e Humanidades	CCH – Artes Visuais	0,44	0,232	0,60	0,240	0,000	1,000
		Curso Profissional			0,44	0,232	0,156	0,004**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,62	0,240	-0,181	0,000**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,64	0,247	-0,200	0,000**
	Curso Profissional	CCH – Artes Visuais	0,52	0,217	0,60	0,240	-0,156	0,000**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,60	0,194	-0,156	0,004**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,55	0,224	-0,032	0,468
		CCH – Artes Visuais			0,52	0,222	-0,002	1,000
Uso de substâncias	CCH – Ciências Socioeconómicas	CCH – Línguas e Humanidades	0,55	0,224	0,58	0,230	-0,059	0,608
		Curso Profissional			0,37	0,212	0,145	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,52	0,217	0,032	0,468
	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Artes Visuais			0,52	0,222	0,030	0,764

		CCH – Línguas e Humanidades	0,52	0,222	0,58	0,230	-0,027	0,956
		Curso Profissional			0,37	0,212	0,177	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,52	0,217	0,002	1,000
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,55	0,224	-0,030	0,764
	CCH – Artes Visuais	CCH – Línguas e Humanidades			0,58	0,230	-0,057	0,702
		Curso Profissional			0,37	0,212	0,146	0,000**
	CCH – Línguas e Humanidades	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,58	0,230	0,52	0,217	0,059	0,608
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,55	0,224	0,027	0,956
		CCH – Artes Visuais			0,52	0,222	0,057	0,702
		Curso Profissional			0,37	0,212	0,204	0,000**
	Curso Profissional	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,37	0,212	0,52	0,217	-0,145	0,000**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,55	0,224	-0,177	0,000**
		CCH – Artes Visuais			0,52	0,222	-0,147	0,000**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,58	0,230	-0,204	0,000**
Segurança pessoal	CCH – Ciências Socioeconómicas	CCH – Ciências e Tecnologias	0,70	0,210	0,70	0,236	0,001	1,000
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,217	0,009	0,999
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,237	0,034	0,948
		Curso Profissional			0,55	0,297	0,144	0,000**
	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,70	0,236	0,70	0,210	-0,001	1,000
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,217	0,009	0,998
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,237	0,034	0,939
		Curso Profissional			0,55	0,297	0,144	0,000**
	CCH – Artes Visuais	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,69	0,217	0,70	0,210	-0,009	0,999
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,70	0,236	-0,009	0,998
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,237	0,025	0,988
		Curso Profissional			0,55	0,297	0,135	0,000**
	CCH – Línguas e Humanidades	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,66	0,237	0,70	0,210	-0,034	0,948
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,70	0,236	-0,034	0,939
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,217	-0,025	0,988
		Curso Profissional			0,55	0,297	0,110	0,104
	Curso Profissional	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,55	0,297	0,70	0,210	-0,144	0,000**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,70	0,236	-0,0144	0,000**
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,217	-0,135	0,000**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,237	-0,110	0,104
Prevenção de doenças cardiovasculares	CCH – Ciências Socioeconómicas	CCH – Ciências e Tecnologias	0,64	0,218	0,70	0,227	-0,054	0,074
		CCH – Artes Visuais			0,64	0,220	0,010	0,998
		CCH – Línguas e Humanidades			0,65	0,241	-0,006	1,000
		Curso Profissional			0,47	0,250	0,176	0,000**
	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,70	0,227	0,64	0,218	0,054	0,074
		CCH – Artes Visuais			0,64	0,220	0,065	0,152
		CCH – Línguas e Humanidades			0,65	0,241	0,049	0,766
		Curso Profissional			0,47	0,250	0,230	0,000**
	CCH – Artes Visuais	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,64	0,220	0,64	0,218	-0,010	0,998
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,70	0,227	-0,065	0,152

Prevenção de doenças cancerígenas	CCH – Línguas e Humanidades	CCH – Línguas e Humanidades	0,65	0,241	0,65	0,241	-0,016	0,997
		Curso Profissional			0,47	0,250	0,165	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,64	0,218	0,006	1,000
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,70	0,227	-0,049	0,766
		CCH – Artes Visuais			0,64	0,220	0,016	0,997
	Curso Profissional	Curso Profissional	0,47	0,250	0,47	0,250	0,181	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,64	0,218	-0,176	0,000**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,70	0,227	-0,230	0,000**
		CCH – Artes Visuais			0,64	0,220	-0,165	0,000**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,65	0,241	-0,181	0,000**
	CCH – Ciências Socioeconómicas	CCH – Ciências e Tecnologias	0,64	0,250	0,72	0,247	-0,073	0,020*
		CCH – Artes Visuais			0,66	0,246	-0,014	0,995
		CCH – Línguas e Humanidades			0,68	0,268	-0,040	0,927
		Curso Profissional			0,44	0,264	0,199	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,64	0,250	0,073	0,020*
Advocacia da saúde	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Artes Visuais	0,72	0,247	0,66	0,246	0,059	0,373
		CCH – Línguas e Humanidades			0,68	0,268	0,034	0,946
		Curso Profissional			0,44	0,264	0,272	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,64	0,250	0,014	0,995
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,72	0,247	-0,059	0,373
	CCH – Artes Visuais	CCH – Línguas e Humanidades	0,66	0,246	0,68	0,268	-0,025	0,990
		Curso Profissional			0,44	0,264	0,213	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,64	0,250	0,040	0,927
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,72	0,247	-0,034	0,946
		CCH – Artes Visuais			0,66	0,246	0,025	0,990
	CCH – Línguas e Humanidades	Curso Profissional	0,68	0,268	0,44	0,264	0,238	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,64	0,250	-0,199	0,000**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,72	0,247	-0,272	0,000**
		CCH – Artes Visuais			0,66	0,246	-0,213	0,000**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,68	0,268	-0,238	0,000**
Advocacia da saúde	CCH – Ciências Socioeconómicas	CCH – Ciências e Tecnologias	0,56	0,405	0,67	0,372	-0,107	0,024*
		CCH – Artes Visuais			0,64	0,370	-0,072	0,703
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,384	-0,098	0,669
		Curso Profissional			0,44	0,401	0,127	0,013*
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,56	0,405	0,107	0,024*
	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Artes Visuais	0,67	0,372	0,64	0,370	0,035	0,951
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,384	0,009	1,000
		Curso Profissional			0,44	0,401	0,235	0,000**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,56	0,405	0,072	0,703
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,67	0,372	-0,035	0,951
	CCH – Artes Visuais	CCH – Línguas e Humanidades	0,64	0,370	0,66	0,384	-0,026	0,998
		Curso Profissional			0,44	0,401	0,199	0,001**
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,56	0,405	0,098	0,669
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,67	0,372	-0,009	1,000
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,384	-0,009	1,000

	Curso Profissional	CCH – Artes Visuais	0,44	0,401	0,64	0,370	0,026	0,998
		Curso Profissional			0,44	0,401	0,225	0,011*
		CCH – Ciências Socioeconómicas			0,56	0,405	-0,127	0,013*
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,67	0,372	-0,234	0,000**
		CCH – Artes Visuais			0,64	0,370	-0,199	0,001**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,384	-0,225	0,011*
Parâmetros de desempenho	a)	b)	$\bar{x}$ a)	$\sigma$ a)	$\bar{x}$ b)	$\sigma$ b)	Diferença de $\bar{x}$ (a-b)	p
Conhecimento base	CCH – Ciências Socioeconómicas	CCH – Ciências e Tecnologias	0,64	0,148	0,67	0,161	-0,034	0,147
		CCH – Artes Visuais			0,61	0,174	0,033	0,644
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,179	-0,019	0,979
		Curso Profissional			0,45	0,170	0,190	0,000**
	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,67	0,161	0,64	0,148	0,034	0,147
		CCH – Artes Visuais			0,61	0,174	0,068	0,013*
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,179	0,016	0,987
		Curso Profissional			0,45	0,170	0,224	0,000**
	CCH – Artes Visuais	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,61	0,174	0,64	0,148	-0,033	0,644
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,67	0,161	-0,068	0,013*
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,179	-0,052	0,606
		Curso Profissional			0,45	0,170	0,157	0,000**
	CCH – Línguas e Humanidades	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,66	0,179	0,64	0,148	0,019	0,979
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,67	0,161	-0,016	0,987
		CCH – Artes Visuais			0,61	0,174	0,052	0,606
		Curso Profissional			0,45	0,170	0,209	0,000**
	Curso Profissional	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,45	0,170	0,64	0,148	-0,190	0,000**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,67	0,161	-0,224	0,000**
		CCH – Artes Visuais			0,61	0,174	-0,157	0,000**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,179	-0,209	0,000**
Aquisição de informação	CCH – Ciências Socioeconómicas	CCH – Ciências e Tecnologias	0,68	0,185	0,72	0,192	-0,034	0,364
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,208	-0,010	0,997
		CCH – Línguas e Humanidades			0,64	0,202	0,040	0,873
		Curso Profissional			0,49	0,231	0,192	0,000**
	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,72	0,192	0,68	0,185	0,034	0,364
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,208	0,024	0,878
		CCH – Línguas e Humanidades			0,64	0,202	0,074	0,302
		Curso Profissional			0,49	0,231	0,226	0,000**
	CCH – Artes Visuais	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,69	0,208	0,68	0,185	0,010	0,997
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,72	0,192	-0,025	0,878
		CCH – Línguas e Humanidades			0,64	0,202	0,050	0,806
		Curso Profissional			0,49	0,231	0,202	0,000**
	CCH – Línguas e Humanidades	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,64	0,202	0,68	0,185	-0,040	0,873
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,72	0,192	-0,074	0,302
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,208	-0,050	0,806
		Curso Profissional			0,49	0,231	0,152	0,001**

	Curso Profissional	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,49	0,231	0,68	0,185	-0,192	0,000**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,72	0,192	-0,226	0,000**
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,208	-0,202	0,000**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,64	0,202	-0,152	0,001**
Implementação de estratégia	CCH – Ciências Socioeconómicas	CCH – Ciências e Tecnologias	0,67	0,163	0,72	0,159	-0,042	0,071
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,154	-0,021	0,925
		CCH – Línguas e Humanidades			0,69	0,167	-0,019	0,985
		Curso Profissional			0,50	0,203	0,172	0,000**
	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,72	0,159	0,67	0,163	0,042	0,071
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,154	0,022	0,873
		CCH – Línguas e Humanidades			0,69	0,167	0,024	0,854
		Curso Profissional			0,50	0,203	0,214	0,000**
	CCH – Artes Visuais	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,69	0,154	0,67	0,163	0,021	0,925
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,72	0,159	-0,022	0,873
		CCH – Línguas e Humanidades			0,69	0,167	0,002	1,000
		Curso Profissional			0,50	0,203	0,192	0,000**
	CCH – Línguas e Humanidades	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,69	0,167	0,67	0,163	0,0187	0,985
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,72	0,159	-0,024	0,954
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,154	-0,002	1,000
		Curso Profissional			0,50	0,203	0,190	0,000**
	Curso Profissional	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,50	0,203	0,67	0,163	-0,172	0,000**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,72	0,159	-0,214	0,000**
		CCH – Artes Visuais			0,69	0,154	-0,192	0,000**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,69	0,167	-0,190	0,000**
Fatores que influenciam	CCH – Ciências Socioeconómicas	CCH – Ciências e Tecnologias	0,54	0,348	0,58	0,338	-0,036	0,779
		CCH – Artes Visuais			0,60	0,348	-0,061	0,731
		CCH – Línguas e Humanidades			0,54	0,285	0,001	1,000
		Curso Profissional			0,41	0,344	0,134	0,001**
	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,58	0,338	0,54	0,348	0,036	0,779
		CCH – Artes Visuais			0,60	0,348	-0,025	0,978
		CCH – Línguas e Humanidades			0,54	0,285	0,037	0,973
		Curso Profissional			0,41	0,344	0,170	0,000**
	CCH – Artes Visuais	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,60	0,348	0,54	0,348	0,061	0,731
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,58	0,338	0,025	0,978
		CCH – Línguas e Humanidades			0,54	0,285	0,062	0,909
		Curso Profissional			0,41	0,344	0,194	0,000**
	CCH – Línguas e Humanidades	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,54	0,285	0,54	0,348	-0,001	1,000
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,58	0,338	-0,037	0,973
		CCH – Artes Visuais			0,60	0,348	-0,062	0,909
		Curso Profissional			0,41	0,344	0,133	0,202
	Curso Profissional	CCH – Ciências Socioeconómicas	0,41	0,344	0,54	0,348	-0,134	0,001**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,58	0,338	-0,170	0,000**
		CCH – Artes Visuais			0,60	0,348	-0,194	0,000**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,54	0,285	-0,133	0,202

Competências de comunicação	CCH – Ciências Socioeconômicas	CCH – Ciências e Tecnologias	0,74	0,194	0,75	0,205	-0,015	0,946
		CCH – Artes Visuais			0,74	0,194	-0,001	1,000
		CCH – Línguas e Humanidades			0,73	0,216	0,009	0,999
		Curso Profissional			0,63	0,276	0,110	0,000**
	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,75	0,205	0,74	0,194	0,015	0,946
		CCH – Artes Visuais			0,74	0,194	0,014	0,983
		CCH – Línguas e Humanidades			0,73	0,216	0,024	0,973
		Curso Profissional			0,63	0,276	0,125	0,000**
	CCH – Artes Visuais	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,74	0,194	0,74	0,194	0,001	1,000
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,75	0,205	-0,014	0,983
		CCH – Línguas e Humanidades			0,73	0,216	0,010	0,999
		Curso Profissional			0,63	0,276	0,111	0,001**
	CCH – Línguas e Humanidades	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,73	0,216	0,74	0,194	-0,009	0,999
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,75	0,205	-0,024	0,973
		CCH – Artes Visuais			0,74	0,194	-0,010	0,999
		Curso Profissional			0,63	0,276	0,101	0,092
	Curso Profissional	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,63	0,276	0,74	0,194	-0,110	0,000**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,75	0,205	-0,125	0,000**
		CCH – Artes Visuais			0,74	0,194	-0,111	0,001**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,73	0,216	-0,101	0,092
Planeamento e processo	CCH – Ciências Socioeconômicas	CCH – Ciências e Tecnologias	0,69	0,218	0,74	0,207	-0,045	0,182
		CCH – Artes Visuais			0,71	0,218	-0,017	0,986
		CCH – Línguas e Humanidades			0,70	0,212	-0,006	1,000
		Curso Profissional			0,56	0,250	0,125	0,000**
	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,74	0,207	0,69	0,218	0,045	0,182
		CCH – Artes Visuais			0,71	0,218	0,028	0,852
		CCH – Línguas e Humanidades			0,70	0,212	0,039	0,869
		Curso Profissional			0,56	0,250	0,170	0,000**
	CCH – Artes Visuais	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,71	0,218	0,69	0,218	0,017	0,986
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,74	0,207	-0,028	0,852
		CCH – Línguas e Humanidades			0,70	0,212	0,011	0,999
		Curso Profissional			0,56	0,250	0,142	0,000**
	CCH – Línguas e Humanidades	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,70	0,212	0,69	0,218	0,006	1,000
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,74	0,207	-0,039	0,869
		CCH – Artes Visuais			0,71	0,218	-0,011	0,999
		Curso Profissional			0,56	0,250	0,131	0,015*
	Curso Profissional	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,56	0,250	0,69	0,218	-0,125	0,000**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,74	0,207	-0,170	0,000**
		CCH – Artes Visuais			0,71	0,218	-0,142	0,000**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,70	0,212	-0,131	0,015*
Advocacia	CCH – Ciências Socioeconômicas	CCH – Ciências e Tecnologias	0,56	0,404	0,67	0,372	-0,107	0,024*
		CCH – Artes Visuais			0,64	0,370	-0,072	0,703
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,384	-0,098	0,669
		Curso Profissional			0,44	0,401	0,127	0,013*

TOTAL	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,67	0,372	0,56	0,404	0,107	0,024*
		CCH – Artes Visuais			0,64	0,370	0,035	0,951
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,384	0,009	1,000
		Curso Profissional			0,44	0,401	0,234	0,000**
	CCH – Artes Visuais	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,64	0,370	0,56	0,404	0,072	0,703
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,67	0,372	-0,035	0,951
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,384	-0,026	0,998
		Curso Profissional			0,44	0,401	0,199	0,001**
	CCH – Línguas e Humanidades	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,66	0,384	0,56	0,404	0,098	0,669
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,67	0,372	-0,009	1,000
		CCH – Artes Visuais			0,64	0,370	0,026	0,998
		Curso Profissional			0,44	0,401	0,225	0,011*
	Curso Profissional	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,44	0,401	0,56	0,404	-0,127	0,013*
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,67	0,372	-0,234	0,000**
		CCH – Artes Visuais			0,64	0,370	-0,199	0,001**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,384	0,225	0,011**
TOTAL	CCH – Ciências Socioeconômicas	CCH – Ciências e Tecnologias	0,66	0,133	0,70	0,132	-0,046	0,008**
		CCH – Artes Visuais			0,66	0,132	0,001	1,000
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,155	-0,003	1,000
		Curso Profissional			0,49	0,166	0,165	0,000**
	CCH – Ciências e Tecnologias	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,70	0,132	0,66	0,133	0,046	0,008**
		CCH – Artes Visuais			0,66	0,132	0,047	0,103
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,155	0,043	0,548
		Curso Profissional			0,49	0,166	0,212	0,000**
	CCH – Artes Visuais	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,66	0,132	0,66	0,133	-0,001	1,000
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,70	0,132	-0,047	0,103
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,155	-0,004	1,000
		Curso Profissional			0,49	0,166	0,164	0,000**
	CCH – Línguas e Humanidades	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,66	0,155	0,66	0,133	0,003	1,000
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,70	0,132	-0,043	0,548
		CCH – Artes Visuais			0,66	0,132	0,004	1,000
		Curso Profissional			0,49	0,166	0,168	0,000**
	Curso Profissional	CCH – Ciências Socioeconômicas	0,49	0,166	0,66	0,133	-0,165	0,000**
		CCH – Ciências e Tecnologias			0,70	0,132	-0,212	0,000**
		CCH – Artes Visuais			0,66	0,132	-0,164	0,000**
		CCH – Línguas e Humanidades			0,66	0,155	-0,168	0,000**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXI – Diferenças de literacia em saúde entre adolescentes de nacionalidade portuguesa ou outra (teste *t-student*)

Áreas Temáticas	Nacionalidade	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F(p)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Gestão do <i>stresse</i>	Outra	0,57	0,223	0,030	0,863	-2,915	0,004**
	Portuguesa	0,68	0,227				
Saúde reprodutiva/sexual	Outra	0,59	0,208	3,785	0,052	-2,183	0,029*
	Portuguesa	0,65	0,174				
Exercício físico	Outra	0,64	0,275	3,617	0,057	-3,010	0,003**
	Portuguesa	0,76	0,225				
Gestão do peso	Outra	0,50	0,251	0,014	0,905	-2,145	0,032*
	Portuguesa	0,59	0,254				
Uso de substâncias	Outra	0,49	0,238	0,103	0,748	-0,248	0,804
	Portuguesa	0,50	0,232				
Segurança pessoal	Outra	0,64	0,271	0,604	0,437	-0,566	0,572
	Portuguesa	0,66	0,254				
Prevenção de doenças cardiovasculares	Outra	0,54	0,275	1,056	0,304	-2,225	0,026*
	Portuguesa	0,64	0,248				
Prevenção de doenças cancerígenas	Outra	0,54	0,296	1,230	0,268	-1,879	0,061
	Portuguesa	0,64	0,274				
Advocacia da saúde	Outra	0,38	0,415	0,483	0,487	-3,257	0,001**
	Portuguesa	0,60	0,393				
Parâmetros de desempenho	Nacionalidade	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F(p)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento base	Outra	0,54	0,191	0,152	0,697	-2,102	0,036*
	Portuguesa	0,61	0,186				
Aquisição de informação	Outra	0,56	0,223	0,444	0,505	-2,567	0,010**
	Portuguesa	0,66	0,222				
Implementação de estratégia	Outra	0,56	0,218	0,976	0,3230	-2,608	0,009**
	Portuguesa	0,66	0,190				
Fatores que influenciam	Outra	0,58	0,339	0,014	0,906	0,687	0,492
	Portuguesa	0,54	0,347				
Competências de comunicação	Outra	0,65	0,258	5,080	0,024	-1,719	0,093
	Portuguesa	0,72	0,226				
Planeamento e processo	Outra	0,63	0,252	0,613	0,434	-1,316	0,189
	Portuguesa	0,69	0,229				
Advocacia	Outra	0,38	0,415	0,483	0,487	-3,257	0,001**
	Portuguesa	0,60	0,393				
TOTAL	Outra	0,55	0,178	1,571	0,210	-2,976	0,003**
	Portuguesa	0,65	0,163				

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$



Tabela XXII – Diferenças de literacia em saúde entre adolescentes cuja língua que melhor dominam para ler e escrever é o português ou outra (teste *t-student*)

Áreas Temáticas	Nacionalidade	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F(p)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Gestão do <i>stress</i>	Outra	0,68	0,228	2,004	0,157	2,331	0,020*
	Portuguesa	0,57	0,193				
Saúde reprodutiva/sexual	Outra	0,65	0,176	0,023	0,881	0,691	0,490
	Portuguesa	0,62	0,169				
Exercício físico	Outra	0,75	0,227	0,009	0,924	1,855	0,064
	Portuguesa	0,66	0,244				
Gestão do peso	Outra	0,59	0,254	0,721	0,396	1,230	0,219
	Portuguesa	0,52	0,278				
Uso de substâncias	Outra	0,50	0,232	0,285	0,594	0,029	0,977
	Portuguesa	0,50	0,221				
Segurança pessoal	Outra	0,66	0,255	0,000	0,998	0,991	0,322
	Portuguesa	0,61	0,251				
Prevenção de doenças cardiovasculares	Outra	0,63	0,248	0,151	0,698	1,946	0,052
	Portuguesa	0,53	0,265				
Prevenção de doenças cancerígenas	Outra	0,64	0,274	0,563	0,453	2,486	0,013*
	Portuguesa	0,47	0,245				
Advocacia da saúde	Outra	0,60	0,394	3,771	0,052	1,412	0,158
	Portuguesa	0,48	0,472				
Parâmetros de desempenho	Nacionalidade	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F(p)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento base	Outra	0,61	0,187	0,115	0,734	1,059	0,290
	Portuguesa	0,56	0,177				
Aquisição de informação	Outra	0,66	0,222	0,007	0,935	1,644	0,101
	Portuguesa	0,57	0,225				
Implementação de estratégia	Outra	0,66	0,191	0,184	0,668	0,636	0,525
	Portuguesa	0,63	0,202				
Fatores que influenciam	Outra	0,54	0,347	0,034	0,853	0,130	0,896
	Portuguesa	0,53	0,352				
Competências de comunicação	Outra	0,72	0,227	2,018	0,156	1,081	0,280
	Portuguesa	0,67	0,247				
Planeamento e processo	Outra	0,69	0,230	2,806	0,094	1,661	0,097
	Portuguesa	0,58	0,214				
Advocacia	Outra	0,60	0,394	3,771	0,052	1,412	0,158
	Portuguesa	0,48	0,472				
TOTAL	Outra	0,65	0,164	0,050	0,824	0,630	0,529
	Portuguesa	0,62	0,158				

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXIII – Diferenças de literacia em saúde entre adolescentes cuja língua que melhor dominam para comunicar com os amigos e nas relações sociais é o português ou outra (teste *t-student*)

Áreas Temáticas	Nacionalidade	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F(p)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Gestão do <i>stresse</i>	Outra	0,68	0,228	0,004	0,948	-0,697	0,486
	Portuguesa	0,73	0,256				
Saúde reprodutiva/sexual	Outra	0,65	0,176	0,347	0,556	-0,124	0,902
	Portuguesa	0,66	0,181				
Exercício físico	Outra	0,75	0,228	1,454	0,228	-1,549	0,122
	Portuguesa	0,86	0,181				
Gestão do peso	Outra	0,59	0,254	0,573	0,449	-0,134	0,894
	Portuguesa	0,60	0,298				
Uso de substâncias	Outra	0,50	0,232	0,008	0,929	-0,255	0,798
	Portuguesa	0,52	0,235				
Segurança pessoal	Outra	0,66	0,255	2,681	0,102	-0,287	0,774
	Portuguesa	0,68	0,162				
Prevenção de doenças cardiovasculares	Outra	0,63	0,249	0,153	0,696	-0,411	0,681
	Portuguesa	0,67	0,250				
Prevenção de doenças cancerígenas	Outra	0,64	0,275	1,769	0,184	-0,083	0,934
	Portuguesa	0,64	0,226				
Advocacia da saúde	Outra	0,60	0,396	2,487	0,115	-1,217	0,224
	Portuguesa	0,75	0,264				
Parâmetros de desempenho	Nacionalidade	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F(p)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento base	Outra	0,61	0,187	1,221	0,269	-0,156	0,876
	Portuguesa	0,62	0,159				
Aquisição de informação	Outra	0,66	0,222	0,003	0,958	-2,149	0,032*
	Portuguesa	0,81	0,215				
Implementação de estratégia	Outra	0,66	0,192	0,125	0,724	-0,784	0,433
	Portuguesa	0,71	0,173				
Fatores que influenciam	Outra	0,54	0,347	0,661	0,417	0,335	0,737
	Portuguesa	0,50	0,333				
Competências de comunicação	Outra	0,72	0,228	0,132	0,716	1,205	0,228
	Portuguesa	0,64	0,172				
Planeamento e processo	Outra	0,69	0,230	1,172	0,279	0,150	0,881
	Portuguesa	0,68	0,183				
Advocacia	Outra	0,60	0,396	2,487	0,115	-1,217	0,224
	Portuguesa	0,75	0,264				
TOTAL	Outra	0,65	0,164	1,184	0,277	-0,804	0,422
	Portuguesa	0,69	0,138				

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXIV – Diferenças de literacia em saúde entre adolescentes que pertencem à cultura portuguesa ou outra (teste *t-student*)

Áreas Temáticas	Cultura	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F(p)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Gestão do <i>stress</i>	Outra	0,48	0,229	0,000	0,995	-3,828	0,000**
	Portuguesa	0,68	0,226				
Saúde reprodutiva/sexual	Outra	0,60	0,222	5,253	0,022	-1,033	0,313
	Portuguesa	0,65	0,174				
Exercício físico	Outra	0,62	0,280	2,647	0,104	-2,807	0,005**
	Portuguesa	0,73	0,226				
Gestão do peso	Outra	0,54	0,250	0,087	0,768	-0,907	0,365
	Portuguesa	0,59	0,254				
Uso de substâncias	Outra	0,45	0,248	0,000	0,988	-0,956	0,339
	Portuguesa	0,50	0,231				
Segurança pessoal	Outra	0,60	0,274	0,391	0,532	-1,072	0,284
	Portuguesa	0,66	0,254				
Prevenção de doenças cardiovasculares	Outra	0,49	0,259	0,032	0,857	-2,442	0,015*
	Portuguesa	0,64	0,248				
Prevenção de doenças cancerígenas	Outra	0,42	0,233	0,758	0,384	-3,043	0,002**
	Portuguesa	0,64	0,274				
Advocacia da saúde	Outra	0,56	0,403	0,129	0,719	-0,368	0,713
	Portuguesa	0,60	0,395				
Parâmetros de desempenho	Cultura	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F(p)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento base	Outra	0,51	0,201	0,094	0,760	-2,080	0,038*
	Portuguesa	0,61	0,186				
Aquisição de informação	Outra	0,50	0,176	1,248	0,264	-2,874	0,004**
	Portuguesa	0,66	0,222				
Implementação de estratégia	Outra	0,56	0,197	0,040	0,842	-1,833	0,067
	Portuguesa	0,66	0,191				
Fatores que influenciam	Outra	0,41	0,328	0,011	0,916	-1,516	0,130
	Portuguesa	0,54	0,347				
Competências de comunicação	Outra	0,60	0,240	1,296	0,255	-2,426	0,015*
	Portuguesa	0,72	0,227				
Planeamento e processo	Outra	0,54	0,250	0,301	0,583	-2,348	0,019*
	Portuguesa	0,69	0,229				
Advocacia	Outra	0,56	0,403	0,129	0,719	-0,368	0,713
	Portuguesa	0,60	0,395				
TOTAL	Outra	0,52	0,175	0,056	0,813	-2,668	0,008**
	Portuguesa	0,65	0,163				

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXV – Diferenças de literacia em saúde entre adolescentes que adquirem e não adquirem panfletos/brochuras sobre saúde (teste *t-student*)

Áreas Temáticas	Aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F(p)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Gestão do <i>stresse</i>	Sim	0,71	0,208	27,986	0,000	4,740	0,000**
	Não	0,65	0,240				
Saúde reprodutiva/sexual	Sim	0,67	0,158	20,172	0,000	3,832	0,000**
	Não	0,63	0,188				
Exercício físico	Sim	0,79	0,198	23,232	0,000	6,369	0,000**
	Não	0,71	0,245				
Gestão do peso	Sim	0,61	0,247	5,421	0,020	2,525	0,012*
	Não	0,57	0,259				
Uso de substâncias	Sim	0,53	0,222	3,574	0,059	4,475	0,000**
	Não	0,47	0,236				
Segurança pessoal	Sim	0,68	0,243	8,261	0,004	2,211	0,027*
	Não	0,64	0,264				
Prevenção de doenças cardiovasculares	Sim	0,66	0,225	32,150	0,000	3,874	0,000**
	Não	0,60	0,266				
Prevenção de doenças cancerígenas	Sim	0,69	0,255	14,338	0,000	6,046	0,000**
	Não	0,59	0,284				
Advocacia da saúde	Sim	0,63	0,385	0,072	0,788	2,916	0,004**
	Não	0,56	0,402				
Parâmetros de desempenho	Aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F(p)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento base	Sim	0,64	0,170	12,712	0,000	5,407	0,000**
	Não	0,58	0,196				
Aquisição de informação	Sim	0,69	0,202	19,238	0,000	5,251	0,000**
	Não	0,62	0,234				
Implementação de estratégia	Sim	0,69	0,176	17,044	0,000	4,604	0,000**
	Não	0,63	0,202				
Fatores que influenciam	Sim	0,58	0,327	0,006	0,941	3,852	0,000**
	Não	0,50	0,359				
Competências de comunicação	Sim	0,74	0,207	35,503	0,000	3,741	0,000**
	Não	0,70	0,242				
Planeamento e processo	Sim	0,71	0,216	6,464	0,011	2,901	0,004**
	Não	0,67	0,241				
Advocacia	Sim	0,63	0,385	0,072	0,788	2,916	0,004**
	Não	0,56	0,402				
TOTAL	Sim	0,68	0,147	23,669	0,000	5,197	0,000**
	Não	0,62	0,175				

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXVI - Correlação entre os níveis de literacia em saúde e a frequência de utilização das fontes de informação em saúde (teste de correlação de *Pearson*)

Área temática		Farmacêutico	Televisão	Revistas	Médico	Internet	Família	Amigos	Panfletos/Brochuras
Gestão do <i>stress</i>	<i>R</i>	-0,052	0,040	0,088	0,103	0,110	0,056	0,049	0,085
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,013	0,007	0,019	0,025	0,024	0,011	0,009	0,019
	<i>p</i>	0,080	0,183	0,003**	0,001**	0,000**	0,058	0,102	0,004**
Saúde reprodutiva/sexual	<i>R</i>	-0,014	0,096	0,105	0,126	0,085	0,037	0,003	0,089
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,003	0,014	0,017	0,024	0,014	0,005	0,000	0,015
	<i>p</i>	0,647	0,001**	0,000**	0,000**	0,005**	0,219	0,0928	0,003**
Exercício físico	<i>R</i>	-0,006	0,115	0,096	0,088	0,039	0,057	0,002	0,102
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,001	0,022	0,021	0,022	0,009	0,011	0,000	0,023
	<i>p</i>	0,845	0,000**	0,001**	0,002**	0,182	0,050*	0,935	0,000**
Gestão do peso	<i>R</i>	0,034	0,059	0,060	0,052	0,050	0,062	-0,004	0,029
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,010	0,012	0,014	0,014	0,012	0,013	-0,001	0,007
	<i>p</i>	0,244	0,043*	0,041*	0,077	0,087	0,034*	0,901	0,320
Uso de substâncias	<i>R</i>	-0,038	0,025	0,070	0,082	0,092	0,039	0,061	0,086
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,010	0,005	0,015	0,020	0,021	0,008	0,012	0,019
	<i>p</i>	0,192	0,398	0,017*	0,005**	0,002**	0,181	0,036*	0,003**
Segurança pessoal	<i>R</i>	-0,031	0,072	0,048	0,096	0,080	0,049	0,002	0,062
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,009	0,015	0,012	0,026	0,020	0,011	0,000	0,016
	<i>p</i>	0,292	0,014*	0,097	0,001**	0,006**	0,089	0,953	0,033*
Prevenção de doenças cardiovasculares	<i>R</i>	-0,062	0,058	0,092	0,064	0,081	-0,009	0,018	0,075
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,017	0,012	0,022	0,017	0,020	-0,002	0,004	0,018
	<i>p</i>	0,040*	0,051	0,002**	0,033*	0,006**	0,768	0,537	0,012*
Prevenção de doenças cancerígenas	<i>R</i>	-0,018	0,045	0,121	0,060	0,081	-0,009	0,010	0,110
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,005	0,010	0,032	0,018	0,022	-0,002	0,002	0,030
	<i>p</i>	0,570	0,140	0,000**	0,050*	0,009**	0,767	0,743	0,000**
Advocacia da saúde	<i>R</i>	-0,028	0,046	0,114	0,058	0,090	0,028	0,037	0,068
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,012	0,015	0,043	0,024	0,034	0,009	0,013	0,027
	<i>p</i>	0,360	0,124	0,000**	0,054	0,003**	0,351	0,220	0,022*
Parâmetro de desempenho		Farmacêutico	Televisão	Revistas	Médico	Internet	Família	Amigos	Panfletos/Brochuras
Conhecimento base	<i>R</i>	-0,061	0,060	0,100	0,099	0,095	0,038	0,035	0,106
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,13	0,009	0,018	0,020	0,017	0,006	0,006	0,020
	<i>p</i>	0,045*	0,051	0,001**	0,001**	0,002**	0,213	0,255	0,001**
Aquisição de informação	<i>R</i>	-0,017	0,093	0,093	0,108	0,069	0,039	-0,003	0,087
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,004	0,017	0,020	0,026	0,015	0,007	-0,001	0,019
	<i>p</i>	0,583	0,002**	0,002**	0,000**	0,023*	0,202	0,909	0,004**
Implementação de estratégia	<i>R</i>	-0,016	0,077	0,121	0,117	0,110	0,060	0,021	0,091
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,003	0,012	0,022	0,024	0,020	0,010	0,003	0,017
	<i>p</i>	0,624	0,015*	0,000**	0,000**	0,000**	0,059	0,511	0,004**
Fatores que influenciam	<i>R</i>	-0,013	0,030	0,051	0,032	0,052	-0,001	0,014	0,069
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,005	0,009	0,017	0,012	0,017	0,000	0,004	0,024
	<i>p</i>	0,673	0,311	0,090	0,285	0,085	0,981	0,629	0,021*
	<i>R</i>	-0,010	0,089	0,075	0,099	0,094	0,032	0,031	0,102

<b>Competências de comunicação</b>	<b><i>R</i><sup>2</sup></b>	-0,003	0,017	0,016	0,024	0,021	0,006	0,006	0,023
	<b><i>p</i></b>	0,728	0,002**	0,010**	0,001**	0,001**	0,272	0,288	0,000**
<b>Planeamento e processo</b>	<b><i>R</i></b>	-0,036	0,075	0,077	0,057	0,046	0,014	-0,030	0,026
	<b><i>R</i><sup>2</sup></b>	-0,009	0,014	0,017	0,014	0,010	0,003	-0,006	0,006
	<b><i>p</i></b>	0,239	0,013*	0,012*	0,062	0,127	0,646	0,321	0,399
<b>Advocacia</b>	<b><i>R</i></b>	-0,028	0,046	0,114	0,058	0,090	0,028	0,037	0,068
	<b><i>R</i><sup>2</sup></b>	-0,012	0,015	0,043	0,024	0,034	0,009	0,013	0,027
	<b><i>p</i></b>	0,360	0,124	0,000**	0,054	0,003**	0,351	0,220	0,022*
<b>TOTAL</b>	<b><i>R</i></b>	-0,036	0,087	0,125	0,109	0,086	0,036	0,005	0,092
	<b><i>R</i><sup>2</sup></b>	-0,006	0,012	0,020	0,019	0,014	0,005	0,001	0,015
	<b><i>p</i></b>	0,278	0,007**	0,000**	0,001**	0,008**	0,271	0,867	0,005**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXVII - Correlação entre os níveis de literacia em saúde e informação sobre saúde dos panfletos/brochuras (teste de correlação de *Pearson*)

Área temática		Lês os panfletos assim que os recebes?	A pessoa que te entrega os panfletos/ brochuras lê-os contigo?	Encontras informação útil nos panfletos/ brochuras?
Gestão do <i>stress</i>	<i>R</i>	0,171	-0,046	0,149
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,045	-0,008	0,031
	<i>p</i>	0,000**	0,122	0,000**
Saúde reprodutiva/sexual	<i>R</i>	0,167	-0,015	0,158
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,033	-0,002	0,026
	<i>p</i>	0,000**	0,609	0,000**
Exercício físico	<i>R</i>	0,155	-0,048	0,173
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,040	-0,008	0,036
	<i>p</i>	0,000**	0,099	0,000**
Gestão do peso	<i>R</i>	0,108	-0,026	0,066
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,031	-0,005	0,015
	<i>p</i>	0,000**	0,369	0,026*
Uso de substâncias	<i>R</i>	0,137	-0,047	0,132
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,037	-0,008	0,028
	<i>p</i>	0,000**	0,109	0,000**
Segurança pessoal	<i>R</i>	0,105	-0,037	0,114
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,031	-0,007	0,027
	<i>p</i>	0,000**	0,201	0,000**
Prevenção de doenças cardiovasculares	<i>R</i>	0,147	-0,032	0,140
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,042	-0,006	0,032
	<i>p</i>	0,000**	0,285	0,000**
Prevenção de doenças cancerígenas	<i>R</i>	0,127	-0,052	0,136
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,040	-0,010	0,034
	<i>p</i>	0,000**	0,090	0,000**
Advocacia da saúde	<i>R</i>	0,121	0,008	0,136
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,055	0,002	0,050
	<i>p</i>	0,000**	0,782	0,000**
Parâmetro de desempenho		Lês os panfletos assim que os recebes?	A pessoa que te entrega os panfletos/ brochuras lê-os contigo?	Encontras informação útil nos panfletos/ brochuras?
Conhecimento base	<i>R</i>	0,164	-0,061	0,176
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,035	-0,008	0,030
	<i>p</i>	0,000**	0,047	0,000**
Aquisição de informação	<i>R</i>	0,157	-0,058	0,182
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,040	-0,009	0,037
	<i>p</i>	0,000**	0,057	0,000**
Implementação de estratégia	<i>R</i>	0,181	-0,023	0,144
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,040	-0,003	0,025
	<i>p</i>	0,000**	0,466	0,000**
Fatores que influenciam	<i>R</i>	0,120	-0,031	0,074
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,048	-0,008	0,024
	<i>p</i>	0,000**	0,294	0,013*

<b>Competências de comunicação</b>	<b>R</b>	0,129	-0,003	0,150
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,034	0,000	0,031
	<b>p</b>	0,000**	0,930	0,000**
<b>Planeamento e processo</b>	<b>R</b>	0,126	-0,037	0,097
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,033	-0,006	0,021
	<b>p</b>	0,000**	0,218	0,001**
<b>Advocacia</b>	<b>R</b>	0,121	0,008	0,136
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,055	0,002	0,050
	<b>p</b>	0,000**	0,782	0,000**
<b>TOTAL</b>	<b>R</b>	0,182	-0,053	0,177
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,034	-0,006	0,027
	<b>p</b>	0,000**	0,105	0,000**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$



Tabela XXVIII - Correlação entre os níveis de literacia em saúde e os níveis de e-literacia em saúde (teste de correlação de Pearson)

Área temática		Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	TOTAL
Gestão do stress	<i>R</i>	-0,006	0,101	0,026	-0,022	0,036	0,031	0,027	0,018	0,040	-0,072	0,012
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,001	0,018	0,005	-0,004	0,007	0,006	0,005	0,003	0,008	-0,015	0,002
	<i>p</i>	0,832	0,001**	0,380	0,460	0,225	0,301	0,354	0,551	0,175	0,015*	0,685
Saúde reprodutiva/sexual	<i>R</i>	-0,037	0,087	0,003	-0,048	0,046	0,039	0,038	0,025	0,011	-0,071	0,006
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,006	0,012	0,000	-0,007	0,006	0,006	0,005	0,004	0,002	-0,012	0,001
	<i>p</i>	0,213	0,004**	0,928	0,112	0,126	0,198	0,206	0,396	0,713	0,018*	0,835
Exercício físico	<i>R</i>	-0,042	0,078	-0,012	-0,045	0,018	0,006	-0,003	0,000	0,012	-0,056	-0,014
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,008	0,014	-0,002	-0,009	0,003	0,001	0,000	0,000	0,003	-0,012	-0,002
	<i>p</i>	0,150	0,007**	0,688	0,125	0,543	0,823	0,927	0,999	0,674	0,056	0,629
Gestão do peso	<i>R</i>	0,001	0,075	0,012	-0,053	-0,003	0,006	0,003	0,023	-0,001	-0,105	-0,023
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,000	0,015	0,002	-0,011	-0,001	0,001	0,001	0,005	0,000	-0,025	-0,003
	<i>p</i>	0,962	0,011*	0,686	0,071	0,921	0,844	0,914	0,443	0,979	0,000**	0,435
Uso de substâncias	<i>R</i>	0,015	0,096	-0,022	-0,036	0,006	0,002	0,016	-0,006	-0,006	-0,104	-0,032
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,003	0,018	-0,004	-0,007	0,001	0,000	0,003	-0,001	-0,001	-0,023	-0,004
	<i>p</i>	0,607	0,001**	0,450	0,217	0,849	0,958	0,591	0,828	0,826	0,000**	0,281
Segurança pessoal	<i>R</i>	-0,010	0,052	0,057	0,037	0,069	0,038	0,043	0,018	0,001	-0,058	0,034
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,002	0,011	0,012	0,008	0,014	0,008	0,008	0,004	0,000	-0,014	0,005
	<i>p</i>	0,723	0,077	0,052	0,202	0,017*	0,191	0,145	0,538	0,979	0,045*	0,240
Prevenção de doenças cardiovasculares	<i>R</i>	-0,034	0,085	-0,007	-0,028	0,017	0,021	0,038	0,021	0,016	-0,071	-0,004
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,007	0,017	-0,002	-0,006	0,003	0,004	0,007	0,004	0,004	-0,017	-0,001
	<i>p</i>	0,254	0,005**	0,802	0,343	0,580	0,491	0,205	0,491	0,587	0,017*	0,902
Prevenção de doenças cancerígenas	<i>R</i>	-0,036	0,081	-0,021	-0,025	0,019	-0,003	0,012	-0,025	0,016	-0,098	-0,026
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,009	0,018	-0,005	-0,006	0,004	-0,001	0,003	-0,006	0,004	-0,025	-0,004
	<i>p</i>	0,249	0,008**	0,503	0,412	0,540	0,926	0,687	0,423	0,597	0,001**	0,400
Advocacia da saúde	<i>R</i>	0,004	0,087	0,010	0,031	0,099	0,028	0,057	0,078	0,053	-0,034	0,055
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,001	0,028	0,003	0,010	0,032	0,009	0,017	0,025	0,019	-0,013	0,013
	<i>p</i>	0,894	0,004**	0,731	0,299	0,001**	0,353	0,056	0,009**	0,78	0,259	0,068
Parâmetro de desempenho		Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	TOTAL
Conhecimento base	<i>R</i>	-0,040	0,098	0,001	-0,044	0,014	0,020	0,017	-0,008	0,032	-0,125	-0,022
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,006	0,014	0,000	-0,007	0,002	0,003	0,002	-0,001	0,005	-0,022	-0,002
	<i>p</i>	0,193	0,001**	0,986	0,155	0,638	0,505	0,568	0,788	0,293	0,000**	0,482
Aquisição de informação	<i>R</i>	-0,021	0,113	0,015	-0,031	0,045	0,009	0,031	0,010	0,019	-0,073	-0,002
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,004	0,020	0,003	-0,006	0,008	0,002	0,005	0,002	0,004	-0,015	0,000
	<i>p</i>	0,498	0,000**	0,619	0,302	0,141	0,768	0,313	0,755	0,532	0,016*	0,942
Implementação de estratégia	<i>R</i>	-0,051	0,094	0,002	-0,043	0,035	0,015	0,014	0,016	0,009	-0,090	-0,009
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,009	0,015	0,000	-0,007	0,005	0,003	0,002	0,003	0,002	-0,016	-0,001
	<i>p</i>	0,105	0,003**	0,953	0,169	0,272	0,624	0,667	0,611	0,780	0,004**	0,776
Fatores que influenciam	<i>R</i>	-0,038	0,025	-0,048	-0,002	0,009	0,000	0,010	0,050	0,011	-0,075	-0,016
	<i>R</i> <sup>2</sup>	-0,011	0,007	-0,014	-0,001	0,003	0,000	0,003	0,014	0,003	-0,024	-0,003
	<i>p</i>	0,210	0,409	0,112	0,943	0,752	0,989	0,743	0,095	0,721	0,012*	0,598
	<i>R</i>	0,019	0,076	0,047	0,064	0,081	0,051	0,073	0,007	0,003	-0,031	0,054

<b>Competências de comunicação</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	0,004	0,014	0,009	0,012	0,015	0,010	0,013	0,001	0,001	-0,007	0,007
	<b>p</b>	0,518	0,009**	0,110	0,028*	0,005**	0,078	0,012*	0,822	0,930	0,290	0,067
<b>Planeamento e processo</b>	<b>R</b>	-0,031	0,072	-0,053	-0,075	-0,034	0,007	-0,007	-0,034	-0,038	-0,093	-0,062
	<b>R<sup>2</sup></b>	-0,006	0,013	-0,010	-0,014	-0,006	0,001	-0,001	-0,006	-0,008	-0,020	-0,008
<b>Advocacia</b>	<b>p</b>	0,303	0,019*	0,080	0,014*	0,257	0,816	0,821	0,264	0,206	0,002**	0,042*
	<b>R</b>	0,004	0,087	0,010	0,031	0,099	0,028	0,057	0,078	0,053	-0,034	0,055
<b>TOTAL</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	0,001	0,028	0,003	0,010	0,032	0,009	0,017	0,025	0,019	-0,013	0,013
	<b>p</b>	0,894	0,004**	0,731	0,299	0,001**	0,353	0,056	0,009**	0,078	0,259	0,068
<b>TOTAL</b>	<b>R</b>	-0,061	0,115	-0,016	-0,040	0,033	0,020	0,016	0,007	0,006	-0,117	-0,024
	<b>R<sup>2</sup></b>	-0,009	0,015	-0,002	-0,006	0,004	0,003	0,002	0,001	0,001	-0,018	-0,002
	<b>p</b>	0,062	0,000**	0,634	0,221	0,316	0,534	0,621	0,839	0,854	0,000**	0,461

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXIX - Correlação entre os níveis de literacia em saúde e os níveis de comportamentos promotores de saúde (teste de correlação de *Pearson*)

Área temática		Nutrição	Suporte social	Responsabilidade pela saúde	Apreciar a vida	Exercício físico	Gestão do stresse	TOTAL
Gestão do stresse	<i>R</i>						0,063	0,106
	<i>R</i> <sup>2</sup>						0,009	0,011
	<i>p</i>						0,034*	0,000**
Saúde reprodutiva/ sexual	<i>R</i>							0,042
	<i>R</i> <sup>2</sup>							0,003
	<i>p</i>							0,163
Exercício físico	<i>R</i>					0,021		0,070
	<i>R</i> <sup>2</sup>					0,003		0,007
	<i>p</i>					0,478		0,019*
Gestão do peso	<i>R</i>	0,074						0,090
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,010						0,010
	<i>p</i>	0,012*						0,003**
Uso de substâncias	<i>R</i>							0,017
	<i>R</i> <sup>2</sup>							0,002
	<i>p</i>							0,571
Segurança pessoal	<i>R</i>							0,062
	<i>R</i> <sup>2</sup>							0,007
	<i>p</i>							0,037*
Prevenção de doenças cardiovasculares	<i>R</i>							0,095
	<i>R</i> <sup>2</sup>							0,010
	<i>p</i>							0,002**
Prevenção de doenças cancerígenas	<i>R</i>							0,092
	<i>R</i> <sup>2</sup>							0,011
	<i>p</i>							0,003**
Advocacia da saúde	<i>R</i>							0,077
	<i>R</i> <sup>2</sup>							0,013
	<i>p</i>							0,012**
Parâmetro de desempenho		Nutrição	Suporte social	Responsabilidade pela saúde	Apreciar a vida	Exercício físico	Gestão do stresse	TOTAL
Conhecimento base	<i>R</i>	0,119	0,067	0,118	0,091	0,003	0,044	0,103
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,012	0,008	0,014	0,012	0,000	0,005	0,008
	<i>p</i>	0,000**	0,029*	0,000**	0,003**	0,929	0,150	0,001**
Aquisição de informação	<i>R</i>	0,106	0,061	0,103	0,051	-0,006	0,013	0,071
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,013	0,009	0,014	0,008	-0,001	0,002	0,007
	<i>p</i>	0,001**	0,044*	0,001**	0,094	0,849	0,659	0,022*
Implementação de estratégia	<i>R</i>	0,120	0,047	0,104	0,078	-0,009	0,025	0,090
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,012	0,006	0,012	0,011	-0,001	0,003	0,007
	<i>p</i>	0,000**	0,138	0,001**	0,014*	0,777	0,437	0,005**
Fatores que influenciam	<i>R</i>	0,093	0,010	0,112	0,029	0,060	0,050	0,081
	<i>R</i> <sup>2</sup>	0,018	0,002	0,024	0,007	0,015	0,011	0,012
	<i>p</i>	0,002**	0,738	0,000**	0,337	0,046*	0,096	0,008**
	<i>R</i>	0,084	0,075	0,086	0,074	0,015	0,027	0,087

<b>Competências de comunicação</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	0,010	0,011	0,012	0,012	0,002	0,004	0,009
	<b>p</b>	0,004**	0,011*	0,003**	0,011*	0,598	0,360	0,003**
<b>Planeamento e processo</b>	<b>R</b>	0,083	0,016	0,089	0,035	0,009	0,030	0,064
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,010	0,002	0,013	0,006	0,001	0,004	0,006
	<b>p</b>	0,006**	0,599	0,003**	0,252	0,762	0,333	0,037*
<b>Advocacia</b>	<b>R</b>	0,095	0,046	0,117	0,045	-0,010	0,055	0,077
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,020	0,012	0,029	0,013	-0,003	0,014	0,013
	<b>p</b>	0,002**	0,124	0,000**	0,132	0,739	0,066	0,012*
<b>TOTAL</b>	<b>R</b>	0,150	0,076	0,141	0,087	0,006	0,041	0,115
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,013	0,008	0,014	0,010	0,001	0,004	0,008
	<b>p</b>	0,000**	0,020*	0,000**	0,007**	0,853	0,216	0,000**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$



Advocacia da saúde	0,107	0,010	6,288	0,012*	0,172	2,507	0,012*
Apreciar a vida							
Gestão do <i>stresse</i>	0,130	0,015	9,297	0,002**	0,426	3,049	0,002**
Gestão do <i>stresse</i>							
Gestão do peso	0,085	0,005	3,927	0,048*	0,217	1,982	0,048*
Idade: 17 a 20 anos							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,142	0,017	7,777	0,006**	0,241	2,789	0,006**
Nutrição							
Advocacia da saúde	0,167	0,026	11,232	0,001**	0,236	3,351	0,001**
Advocacia da saúde	0,199	0,034	7,983	0,000**	0,171	2,237	0,026*
Prevenção de doenças cardiovasculares					0,249	2,151	0,032*
Suporte social							
Advocacia da saúde	0,100	0,007	3,921	0,048*	0,165	1,980	0,048*
Responsabilidade pela saúde							
Prevenção de doenças cancerígenas	0,205	0,039	17,151	0,000**	0,443	4,141	0,000**
Exercício físico							
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,119	0,012	5,550	0,019*	0,325	2,356	0,019*
Curso: CCH – Línguas e Humanidades							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Nutrição							
Uso de substâncias	0,448	0,168	6,032	0,022*	-0,958	-2,456	0,022*
Uso de substâncias	0,589	0,291	6,118	0,007**	-1,561	-3,489	0,002**
Exercício físico					1,039	2,271	0,033*
Exercício físico							
Exercício físico	0,488	0,207	7,510	0,011*	1,587	2,740	0,011*
Exercício físico	0,614	0,323	6,966	0,004**	2,028	3,562	0,002**
Gestão do <i>stresse</i>					-1,490	-2,265	0,033*
Nacionalidade: Não portuguesa							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Saúde reprodutiva/ sexual	0,424	0,144	5,053	0,034*	-0,869	-2,248	0,034*
Saúde reprodutiva/ sexual	0,595	0,295	6,019	0,008**	-1,388	-3,379	0,003**
Prevenção de doenças cardiovasculares					0,814	2,430	0,024*
Suporte social							
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,414	0,135	4,755	0,040*	1,103	2,180	0,040*
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,636	0,351	7,485	0,003**	1,888	3,678	0,001**
Saúde reprodutiva/ sexual					-1,850	-2,939	0,008**
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,713	0,438	7,241	0,002**	2,210	4,407	0,000**
Saúde reprodutiva/ sexual					-1,757	-2,991	0,007**
Gestão do peso					-1,016	-2,103	0,048*
Gestão do <i>stresse</i>							
Saúde reprodutiva/ sexual	0,521	0,240	8,559	0,008**	-1,563	-2,926	0,008**

Língua melhor dominada para ler e escrever: Não portuguesa							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Suporte social							
Saúde reprodutiva/ sexual	0,662	0,438	7,798	0,019*	-3,282	-2,793	0,019*
Responsabilidade pela saúde							
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,599	0,294	5,584	0,040*	0,435	2,363	0,040*
Língua melhor dominada para comunicar com a família: Não portuguesa							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Gestão do stresse							
Saúde reprodutiva/ sexual	0,659	0,393	10,719	0,006**	-2,393	-3,274	0,006**
Língua melhor dominada para comunicar com os amigos e nas relações sociais: Não portuguesa							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Saúde reprodutiva/ sexual	0,824	0,615	10,590	0,023*	1,614	3,254	0,023*
Saúde reprodutiva/ sexual	0,956	0,870	21,143	0,007**	2,524	6,326	0,003**
Advocacia					-1,025	-0,671	0,030*
Nutrição							
Prevenção de doenças cancerígenas	0,969	0,930	93,756	0,000**	2,447	9,683	0,000**
Suporte social							
Uso de substâncias	0,717	0,432	6,331	0,046*	-2,245	-2,516	0,046*
Uso de substâncias	0,975	0,932	48,997	0,001**	-4,286	-9,894	0,000**
Exercício físico					-5,806	-6,717	0,001**
Apreciar a vida							
Prevenção de doenças cancerígenas	0,869	0,714	18,456	0,005**	1,886	4,296	0,005**
Prevenção de doenças cancerígenas	0,946	0,854	21,432	0,004**	1,856	5,909	0,002**
Uso de substâncias					-0,869	-2,597	0,048*
Exercício Físico							
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,798	0,576	10,515	0,018*	2,895	3,243	0,018*
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,947	0,856	21,875	0,003**	4,985	6,364	0,001**
Advocacia					-1,908	-3,565	0,016*
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,992	0,985	84,810	0,000**	4,955	14,564	0,000**
Advocacia					-1,859	-7,990	0,001**
Exercício físico					1,783	4,744	0,009**
Gestão do stresse							
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,709	0,420	6,075	0,049*	2,143	2,465	0,049*
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,933	0,871	16,906	0,006**	2,407	4,914	0,004**
Uso de substâncias					-1,543	-3,780	0,013*
Cultura: Não portuguesa							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Exercício Físico							
Segurança pessoal	0,693	0,422	8,303	0,018*	-1,992	-2,881	0,018*

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Conhecimentos base	0,113	0,013	11,794	0,001**	0,271	3,434	0,001**
Nutrição							
Conhecimento base	0,131	0,016	16,433	0,000**	0,389	4,054	0,000**
Conhecimento base	0,147	0,020	10,404	0,000**	0,292	2,749	0,006**
Advocacia					0,102	2,078	0,038*
Suporte social							
Competências de comunicação	0,082	0,006	6,383	0,012*	0,239	2,526	0,012*
Responsabilidade pela saúde							
Conhecimento base	0,128	0,015	15,520	0,000**	0,437	3,939	0,000**
Conhecimento base	0,144	0,019	9,943	0,000**	0,325	2,643	0,008**
Advocacia					0,118	2,077	0,006**
Apreciar a vida							
Conhecimento base	0,095	0,008	8,455	0,004**	0,371	2,908	0,004**
Sexo: Masculino							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Conhecimentos base	0,131	0,015	8,415	0,004**	0,324	2,901	0,004**
Nutrição							
Conhecimento base	0,166	0,026	14,017	0,000	0,482	3,744	0,000**
Responsabilidade pela saúde							
Conhecimento base	0,132	0,015	8,723	0,003**	0,235	2,953	0,003**
Apreciar a vida							
Conhecimento base	0,144	0,019	10,498	0,001*	0,592	3,240	0,001*
Exercício físico							
Fatores que influenciam	0,107	0,009	5,670	0,018*	0,209	2,381	0,018*
Sexo: Feminino							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Nutrição							
Planeamento e processo	0,101	0,008	4,569	0,033*	0,270	2,138	0,033*
Exercício físico							
Conhecimento base	0,107	0,009	5,136	0,024*	0,454	2,266	0,024*
Idade: 14 a 16 anos							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Conhecimentos base	0,136	0,017	9,962	0,002**	0,347	3,156	0,002**
Conhecimentos base	0,160	0,022	7,000	0,001**	0,248	2,061	0,040*
Competências de comunicação					0,184	1,996	0,046*
Nutrição							
Aquisição de informação	0,144	0,019	11,540	0,001**	0,351	3,397	0,001**
Suporte social							
Competências de comunicação	0,145	0,019	11,685	0,001**	0,437	3,418	0,001**
Responsabilidade pela saúde							



Advocacia	0,107	0,010	6,288	0,012*	0,172	2,507	0,012*
Apreciar a vida							
Conhecimento base	0,140	0,018	10,782	0,001**	0,571	3,284	0,001**
Gestão do <i>stresse</i>							
Conhecimentos base	0,107	0,010	6,278	0,013*	0,409	2,506	0,013*
Idade: 17 a 20 anos							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Advocacia	0,114	0,010	5,022	0,026*	0,128	2,241	0,026*
Nutrição							
Advocacia	0,167	0,026	11,232	0,001**	0,236	3,351	0,001**
Suporte social							
Advocacia	0,100	0,007	3,921	0,048*	0,165	1,980	0,048*
Advocacia	0,141	0,015	3,934	0,020*	0,251	2,678	0,008**
Implementação de estratégia					-0,362	-1,979	0,048*
Responsabilidade pela saúde							
Conhecimento base	0,181	0,030	13,255	0,000**	0,556	3,641	0,000**
Exercício físico							
Fatores que influenciam	0,126	0,013	6,295	0,013*	0,253	2,509	0,13*
Língua melhor dominada para ler e escrever: Não portuguesa							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Responsabilidade pela saúde							
Aquisição de informação	0,651	0,366	7,351	0,022*	1,771	2,711	0,022*
Língua melhor dominada para comunicar com os amigos e nas relações sociais: Não portuguesa							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Aquisição de informação	0,946	0,873	42,330	0,001**	1,499	6,506	0,001**
Nutrição							
Aquisição de informação	0,818	0,614	12,158	0,013*	2,033	3,487	0,013*
Apreciar a vida							
Aquisição de informação	0,879	0,734	20,299	0,004**	1,878	4,505	0,004**
Exercício físico							
Aquisição de informação	0,884	0,745	21,460	0,004**	2,470	4,632	0,004**
Gestão do <i>stresse</i>							
Aquisição de informação	0,796	0,572	10,360	0,018*	1,851	3,219	0,018*
Cultura: Não portuguesa							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Competências de comunicação	0,626	0,325	5,806	0,039*	-1,377	-2,409	0,039*
Responsabilidade pela saúde							
Competências de comunicação	0,708	0,446	9,052	0,015*	-1,953	-3,009	0,015*
Gestão do <i>stresse</i>							
Competências de comunicação	0,703	0,439	8,813	0,016*	-1,828	-2,969	0,016*

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXXII - Análise de regressão linear da literacia em saúde como preditora de comportamentos promotores de saúde (método Enter)

Literacia em Saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,115	0,012	12,301	0,000**	0,308	3,507	0,000**
Nutrição	0,150	0,021	21,606	0,000**	0,495	4,648	0,000**
Suporte social	0,076	0,005	5,433	0,020*	0,305	2,331	0,020*
Responsabilidade pela saúde	0,141	0,019	19,057	0,000**	0,538	4,365	0,000**
Apreciar a vida	0,087	0,007	7,183	0,007**	0,380	2,680	0,007**
Exercício Físico	0,006	-0,001	0,034	0,853	0,026	0,186	0,853
Gestão do <i>stress</i>	0,041	0,001	1,536	0,216	0,162	0,131	0,216
<b>Sexo: Masculino</b>							
Literacia em Saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,139	0,017	9,502	0,002**	0,379	3,083	0,002**
Nutrição	0,190	0,034	18,625	0,000**	0,606	4,316	0,000**
Suporte social	0,042	0,000	0,933	0,355	0,175	0,966	0,335
Responsabilidade pela saúde	0,119	0,012	7,087	0,008**	0,446	2,662	0,008**
Apreciar a vida	0,144	0,019	10,543	0,001**	0,651	3,247	0,001**
Exercício Físico	0,076	0,004	2,878	0,090	0,316	1,696	0,090
Gestão do <i>stress</i>	0,041	0,000	0,845	0,358	0,163	0,919	0,358
<b>Sexo: Feminino</b>							
Literacia em Saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,074	0,005	2,350	0,126	0,236	1,533	0,126
Nutrição	0,107	0,009	5,153	0,024*	0,454	2,270	0,024*
Suporte social	0,003	-0,002	0,005	0,944	0,016	0,070	0,944
Responsabilidade pela saúde	0,053	0,000	1,220	0,270	0,246	1,104	0,270
Apreciar a vida	0,014	-0,002	0,084	0,772	0,071	0,291	0,772
Exercício Físico	0,093	0,006	3,800	0,052	0,480	1,949	0,052
Gestão do <i>stress</i>	0,028	-0,002	0,339	0,561	0,140	0,582	0,561
<b>Idade: 14 a 16 anos</b>							
Literacia em Saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,129	0,015	8,958	0,003**	0,366	2,993	0,003**
Nutrição	0,154	0,022	13,280	0,000**	0,531	3,644	0,000**
Suporte social	0,130	0,015	9,365	0,002**	0,564	3,060	0,002**
Responsabilidade pela saúde	0,103	0,009	5,804	0,016*	0,427	2,409	0,016*
Apreciar a vida	0,125	0,014	8,640	0,003**	0,569	2,939	0,003**
Exercício Físico	0,042	0,000	0,956	0,329	-0,188	-0,978	0,329
Gestão do <i>stress</i>	0,077	0,004	3,252	0,072	0,328	1,803	0,072
<b>Idade: 17 a 20 anos</b>							
Literacia em Saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,099	0,007	3,747	0,054	0,246	1,936	0,054
Nutrição	0,143	0,018	8,181	0,004**	0,450	2,860	0,004**
Suporte social	0,012	-0,002	0,055	0,815	0,043	0,234	0,815
Responsabilidade pela saúde	0,194	0,035	15,290	0,000**	0,667	3,910	0,000**
Apreciar a vida	0,044	-0,001	0,755	0,385	0,183	0,869	0,385
Exercício Físico	0,055	0,000	1,165	0,281	0,219	1,079	0,281

<b>Gestão do <i>stresse</i></b>	0,002	-0,003	0,001	0,974	0,006	0,033	0,974
<b>Língua melhor dominada para ler e escrever: Não portuguesa</b>							
<b>Literacia em Saúde</b>	<b><i>R</i></b>	<b><i>R</i><sup>2</sup></b>	<b><i>F</i></b>	<b><i>p</i></b>	<b><i>B</i></b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,175	-0,066	0,318	0,585	0,571	0,564	0,585
<b>Nutrição</b>	0,288	-0,009	0,907	0,363	1,097	0,952	0,363
<b>Suporte social</b>	0,640	0,351	6,951	0,025*	-3,693	-2,637	0,025*
<b>Responsabilidade pela saúde</b>	0,576	0,266	4,978	0,050*	2,285	2,231	0,050*
<b>Apreciar a vida</b>	0,079	-0,093	0,063	0,807	0,426	0,250	0,807
<b>Exercício Físico</b>	0,315	0,009	1,105	0,318	1,432	1,051	0,318
<b>Gestão do <i>stresse</i></b>	0,345	0,031	1,348	0,273	1,879	1,161	0,273
<b>Língua melhor dominada para comunicar com os amigos e nas relações sociais: Não portuguesa</b>							
<b>Literacia em Saúde</b>	<b><i>R</i></b>	<b><i>R</i><sup>2</sup></b>	<b><i>F</i></b>	<b><i>p</i></b>	<b><i>B</i></b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,621	0,263	3,147	0,136	1,559	1,774	0,136
<b>Nutrição</b>	0,737	0,468	7,152	0,037*	3,055	2,674	0,037*
<b>Suporte social</b>	0,368	-0,009	0,938	0,370	-1,775	-0,969	0,370
<b>Responsabilidade pela saúde</b>	0,281	-0,105	0,430	0,541	1,307	0,656	0,541
<b>Apreciar a vida</b>	0,638	0,309	4,129	0,088	2,275	2,032	0,088
<b>Exercício Físico</b>	0,666	0,350	4,774	0,072	3,101	2,185	0,072
<b>Gestão do <i>stresse</i></b>	0,471	0,092	1,709	0,239	1,826	1,307	0,239

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXXIII - Análise de regressão linear da e-literacia em saúde como preditora de comportamentos promotores de saúde (método Enter)

e-Literacia em saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,217	0,046	57,481	0,000**	0,166	7,582	0,000**
<b>Nutrição</b>	0,115	0,012	16,048	0,000**	0,108	4,006	0,000**
<b>Suporte social</b>	0,130	0,016	20,528	0,000**	0,146	4,531	0,000**
<b>Responsabilidade pela saúde</b>	0,209	0,043	54,366	0,000**	0,227	7,373	0,000**
<b>Apreciar a vida</b>	0,150	0,022	27,220	0,000**	0,183	5,217	0,000**
<b>Exercício físico</b>	0,117	0,013	16,411	0,000**	0,143	4,051	0,000**
<b>Gestão do <i>stresse</i></b>	0,183	0,033	41,211	0,000**	0,208	6,420	0,000**
<b>Sexo: Masculino</b>							
e-Literacia em saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,170	0,027	18,195	0,000**	0,134	4,266	0,000**
<b>Nutrição</b>	0,056	0,002	1,958	0,162	0,051	1,399	0,162
<b>Suporte social</b>	0,110	0,026	7,685	0,006**	0,125	2,772	0,006**
<b>Responsabilidade pela saúde</b>	0,166	0,026	17,605	0,000**	0,176	4,196	0,000**
<b>Apreciar a vida</b>	0,109	0,010	7,482	0,006**	0,138	2,735	0,006**
<b>Exercício físico</b>	0,092	0,007	5,394	0,021*	0,114	2,322	0,021*
<b>Gestão do <i>stresse</i></b>	0,199	0,025	25,650	0,000**	0,222	5,065	0,000**
<b>Sexo: Feminino</b>							
e-Literacia em saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,286	0,080	48,583	0,000**	0,209	6,970	0,000**
<b>Nutrição</b>	0,190	0,034	21,149	0,000**	0,183	4,599	0,000**
<b>Suporte social</b>	0,167	0,026	16,235	0,000**	0,182	4,029	0,000**
<b>Responsabilidade pela saúde</b>	0,280	0,077	47,877	0,000**	0,302	6,919	0,000**
<b>Apreciar a vida</b>	0,208	0,042	25,329	0,000**	0,242	5,033	0,000**
<b>Exercício físico</b>	0,143	0,019	11,789	0,001**	0,172	3,434	0,001**
<b>Gestão do <i>stresse</i></b>	0,165	0,025	15,620	0,000**	0,191	3,952	0,000**
<b>Idade: 14 a 16 anos</b>							
e-Literacia em saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,236	0,054	40,694	0,000**	0,180	6,379	0,000**
<b>Nutrição</b>	0,147	0,020	15,896	0,000**	0,136	3,987	0,000**
<b>Suporte social</b>	0,156	0,023	17,685	0,000**	0,176	4,205	0,000**
<b>Responsabilidade pela saúde</b>	0,206	0,041	31,174	0,000**	0,226	5,583	0,000**
<b>Apreciar a vida</b>	0,154	0,022	17,203	0,000**	0,185	4,148	0,000**
<b>Exercício físico</b>	0,132	0,016	12,593	0,000**	0,159	3,549	0,000**
<b>Gestão do <i>stresse</i></b>	0,195	0,037	27,916	0,000**	0,221	5,285	0,000**
<b>Idade: 17 a 20 anos</b>							
e-Literacia em saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,192	0,035	17,987	0,000**	0,146	4,241	0,000**
<b>Nutrição</b>	0,072	0,003	2,520	0,113	0,070	1,587	0,113
<b>Suporte social</b>	0,094	0,007	4,275	0,039*	0,104	2,068	0,039*
<b>Responsabilidade pela saúde</b>	0,214	0,044	23,082	0,000**	0,227	4,804	0,000**
<b>Apreciar a vida</b>	0,144	0,019	10,142	0,002**	0,181	3,185	0,002**

<b>Exercício físico</b>	0,099	0,008	4,706	0,031*	0,124	2,169	0,031*
<b>Gestão do <i>stresse</i></b>	0,167	0,026	13,690	0,000**	0,191	3,700	0,000**

Língua melhor dominada para comunicar com a família: Não portuguesa							
e-Literacia em saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,394	0,124	4,949	0,035*	0,356	2,225	0,035*
<b>Nutrição</b>	0,497	0,221	9,515	0,004**	0,508	3,085	0,004**
<b>Suporte social</b>	0,063	-0,030	0,114	0,738	0,077	0,338	0,738
<b>Responsabilidade pela saúde</b>	0,384	0,117	4,846	0,036*	0,503	2,201	0,036*
<b>Apreciar a vida</b>	0,283	0,048*	2,528	0,123	0,322	1,590	0,123
<b>Exercício físico</b>	0,332	0,079	3,591	0,068	0,462	1,895	0,068
<b>Gestão do <i>stresse</i></b>	0,224	0,016	1,486	0,233	0,272	1,219	0,233

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXXIV - Análise de regressão linear das fontes de informação em saúde como preditoras de comportamentos promotores de saúde (método *Stepwise*)

	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Revistas	0,260	0,067	82,708	0,000**	0,120	9,094	0,000**
Revistas	0,334	0,110	71,835	0,000**	0,101	7,668	0,000**
Família (pais)					0,111	7,544	0,082
Revistas	0,367	0,132	59,143	0,000**	0,072	5,141	0,045*
Família (pais)					0,105	7,219	0,077
Panfletos/brochuras					0,074	5,486	0,048*
Revistas	0,377	0,139	47,234	0,000**	0,069	4,942	0,042*
Família (pais)					0,097	6,598	0,068
Panfletos/brochuras					0,065	4,714	0,038*
Médico					0,038	3,177	0,015*
Nutrição							
Panfletos/brochuras	0,169	0,028	34,742	0,000**	0,093	5,894	0,000**
Panfletos/brochuras	0,220	0,047	30,056	0,000**	0,082	5,199	0,000**
Família (pais)					0,090	4,967	0,000**
Panfletos/brochuras	0,232	0,052	22,376	0,000**	0,071	4,350	0,000**
Família (pais)					0,082	4,472	0,000**
Médico					0,039	2,593	0,010**
Panfletos/brochuras	0,241	0,055	18,154	0,000**	0,057	3,295	0,001**
Família (pais)					0,076	4,123	0,000**
Médico					0,037	2,453	0,014*
Revistas					0,041	2,290	0,022*
Suporte social							
Amigos	0,264	0,069	88,481	0,000**	0,201	9,406	0,000**
Amigos	0,301	0,089	58,682	0,000**	0,166	7,469	0,000**
Revistas					0,104	5,190	0,000**
Amigos	0,318	0,099	44,149	0,000**	0,132	5,493	0,000**
Revistas					0,099	4,930	0,000**
Família (pais)					0,087	3,716	0,000**
Amigos	0,328	0,105	35,474	0,000**	0,117	4,781	0,000**
Revistas					0,079	3,737	0,000**
Família (pais)					0,088	3,754	0,000**
Panfletos/Brochuras					0,060	2,932	0,003**
Amigos	0,333	0,107	29,400	0,000**	0,131	5,183	0,000**
Revistas					0,091	4,177	0,000**
Família (pais)					0,088	3,777	0,000**
Panfletos/Brochuras					0,063	3,058	0,002**
Internet					-0,045	-2,159	0,031*
Amigos	0,339	0,111	25,445	0,000**	0,125	4,956	0,000**
Revistas					0,075	3,262	0,001**
Família (pais)					0,088	3,757	0,000**
Panfletos/Brochuras					0,056	2,685	0,007**
Internet					-0,051	-2,414	0,016*
Televisão					0,057	2,269	0,023*
Responsabilidade pela saúde							
Revistas	0,289	0,083	106,937	0,000**	0,191	10,341	0,000**
Revistas	0,353	0,123	83,177	0,000**	0,165	8,981	0,000**
Médico					0,121	7,384	0,000**

Revistas					0,150	8,120	0,000**
Médico	0,380	0,142	65,585	0,000**	0,106	6,453	0,000**
Família (pais)					0,107	5,171	0,000**
Revistas					0,116	5,946	0,000**
Médico					0,088	5,289	0,000**
Família (pais)	0,402	0,159	56,238	0,000**	0,104	5,087	0,000**
Panfletos/brochuras					0,094	4,927	0,000**
Apreciar a vida							
Panfletos/brochuras	0,162	0,025	31,555	0,000**	0,117	5,617	0,000**
Panfletos/brochuras					0,103	4,942	0,000**
Família (pais)	0,213	0,044	27,930	0,000**	0,117	4,868	0,000**
Panfletos/brochuras					0,083	3,688	0,000**
Família (pais)	0,225	0,048	20,729	0,000**	0,108	4,449	0,000**
Revistas					0,058	2,467	0,014*
Exercício físico							
Farmacêutico	0,101	0,009	12,214	0,000**	0,065	3,495	0,000**
Farmacêutico					0,058	3,067	0,002**
Família (pais)	0,120	0,013	8,612	0,000**	0,055	2,229	0,026*
Farmacêutico					0,045	2,228	0,026*
Família (pais)	0,134	0,015	7,129	0,000**	0,050	2,043	0,041*
Panfletos/Brochuras					0,046	2,029	0,043*
Gestão do <i>stresse</i>							
Revistas	0,193	0,036	45,046	0,000**	0,133	6,712	0,000**
Revistas					0,112	5,606	0,000**
Família (pais)	0,246	0,059	37,629	0,000**	0,120	5,397	0,000**
Revistas					0,094	4,384	0,000**
Família (pais)	0,254	0,062	26,890	0,000**	0,117	5,228	0,000**
Panfletos/brochuras					0,047	2,268	0,024*
Sexo: Masculino							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Família (pais)	0,246	0,059	38,612	0,000**	0,134	6,214	0,000**
Família (pais)					0,111	5,129	0,000**
Revistas	0,311	0,094	32,094	0,000**	0,098	4,908	0,000**
Família (pais)					0,106	4,910	0,000**
Revistas	0,334	0,107	25,112	0,000**	0,075	3,610	0,000**
Panfletos/brochuras					0,065	3,188	0,002**
Nutrição							
Família (pais)	0,148	0,020	13,891	0,000**	0,095	3,727	0,000**
Família (pais)					0,083	3,210	0,001**
Médico	0,174	0,027	9,642	0,000**	0,047	2,301	0,022*
Suporte social							
Amigos	0,291	0,083	57,348	0,000**	0,225	7,573	0,000**
Amigos					0,196	6,353	0,000**
Televisão	0,314	0,096	33,860	0,000**	0,102	3,095	0,002**
Amigos					0,157	4,645	0,000**
Televisão	0,332	0,106	25,444	0,000**	0,094	2,873	0,004**
Família (pais)					0,095	2,804	0,005**
Responsabilidade pela saúde							

Revistas	0,276	0,075	50,488	0,000**	0,188	7,105	0,000**
Revistas	0,330	0,106	37,297	0,000**	0,167	6,363	0,000**
Médico					0,107	4,727	0,000**
Revistas	0,353	0,121	28,964	0,000**	0,151	5,694	0,000**
Médico					0,093	4,086	0,000**
Família (pais)					0,098	3,327	0,001**
Revistas	0,370	0,131	24,070	0,000**	0,126	4,535	0,000**
Médico					0,079	3,418	0,001**
Família (pais)					0,095	3,263	0,001**
Panfletos/brochuras					0,080	2,888	0,004**
Apreciar a vida							
Panfletos/brochuras	0,171	0,028	18,627	0,000**	0,138	4,316	0,000**
Panfletos/brochuras	0,208	0,040	13,940	0,000**	0,124	3,884	0,000**
Família (pais)					0,106	3,002	0,003**
Exercício físico							
Televisão	0,124	0,014	9,551	0,002**	0,109	3,090	0,002**
Televisão	0,152	0,020	7,207	0,001**	0,093	2,579	0,010**
Família (pais)					0,076	2,192	0,029*
Gestão do stresse							
Revistas	0,208	0,042	27,900	0,000**	0,149	5,282	0,000**
Revistas	0,244	0,056	19,342	0,000**	0,139	4,497	0,000**
Família (pais)					0,100	3,218	0,001**
Revistas	0,261	0,064	14,940	0,000**	0,106	3,528	0,000**
Família (pais)					0,092	2,957	0,003**
Internet					0,067	2,415	0,016*
Sexo: Feminino							
	R	R²	F	p	B	t	p
Comportamentos promotores de saúde totais							
Panfletos/brochuras	0,304	0,091	55,000	0,000**	0,128	7,416	0,000**
Panfletos/brochuras	0,384	0,144	46,605	0,000**	0,114	5,897	0,000**
Família (pais)					0,116	6,895	0,000**
Panfletos/brochuras	0,415	0,168	37,473	0,000**	0,105	5,467	0,000**
Família (pais)					0,077	4,066	0,000**
Revistas					0,090	5,077	0,000**
Panfletos/brochuras	0,440	0,188	32,343	0,000**	0,093	4,846	0,000**
Família (pais)					0,072	3,800	0,000**
Revistas					0,076	4,205	0,000**
Médico					0,061	3,768	0,000**
Nutrição							
Panfletos/brochuras	0,248	0,060	36,580	0,000**	0,135	6,048	0,000**
Panfletos/brochuras	0,289	0,081	25,557	0,000**	0,095	3,702	0,000**
Família (pais)					0,126	5,642	0,000**
Panfletos/brochuras	0,304	0,087	18,919	0,000**	0,089	3,452	0,001**
Família (pais)					0,106	4,486	0,000**
Revistas					0,058	2,292	0,022*
Panfletos/brochuras	0,319	0,095	15,785	0,000**	0,111	4,086	0,000**
Família (pais)					0,117	4,883	0,000**
Revistas					0,070	2,720	0,007**
Amigos					-0,072	-2,427	0,016*



Suporte social								
Revistas	0,211	0,043	26,114	0,000**	0,142	5,110	0,000**	
Revistas	0,255	0,062	19,448	0,000**	0,105	3,501	0,001**	
Família (pais)					0,128	4,597	0,000**	
Revistas	0,279	0,073	15,665	0,000**	0,099	3,302	0,001**	
Família (pais)					0,099	3,365	0,001**	
Panfletos/Brochuras					0,077	2,763	0,006**	
Responsabilidade pela saúde								
Panfletos/brochuras	0,269	0,071	43,564	0,000**	0,166	6,600	0,000**	
Panfletos/brochuras	0,337	0,110	35,532	0,000**	0,121	5,057	0,000**	
Médico					0,130	5,073	0,000**	
Panfletos/brochuras	0,376	0,137	30,503	0,000**	0,104	4,356	0,000**	
Médico					0,122	4,271	0,000**	
Família (pais)					0,123	4,862	0,000**	
Panfletos/brochuras	0,394	0,149	25,443	0,000**	0,084	2,992	0,003**	
Médico					0,098	4,136	0,000**	
Família (pais)					0,113	3,952	0,000**	
Revistas					0,097	3,624	0,000**	
Apreciar a vida								
Família (pais)	0,188	0,033	20,227	0,000**	0,145	4,497	0,000**	
Família (pais)	0,234	0,052	16,082	0,000**	0,124	3,799	0,000**	
Médico					0,090	3,400	0,001**	
Família (pais)	0,258	0,062	13,147	0,000**	0,115	3,510	0,000**	
Médico					0,078	2,929	0,004**	
Revistas					0,079	2,631	0,009**	
Exercício físico								
Panfletos/Brochuras	0,186	0,033	20,103	0,000**	0,128	4,484	0,000**	
Panfletos/Brochuras	0,215	0,043	13,453	0,000**	0,107	3,595	0,000**	
Médico					0,071	2,569	0,010**	
Gestão do stresse								
Família (pais)	0,210	0,042	25,442	0,000**	0,161	5,044	0,000**	
Família (pais)	0,257	0,063	19,537	0,000**	0,107	3,616	0,000**	
Revistas					0,144	4,505	0,000**	
Família (pais)	0,275	0,071	15,033	0,000**	0,095	3,200	0,001**	
Revistas					0,131	4,070	0,000**	
Médico					0,063	2,386	0,017*	
Idade: 14 a 16 anos								
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Comportamentos promotores de saúde totais								
Revistas	0,279	0,076	57,652	0,000**	0,128	7,593	0,000**	
Revistas	0,357	0,125	49,726	0,000**	0,107	6,394	0,000**	
Família (pais)					0,116	6,215	0,000**	
Revistas	0,381	0,142	38,612	0,000**	0,083	4,639	0,000**	
Família (pais)					0,109	5,863	0,000**	
Panfletos/brochuras					0,064	3,798	0,000**	
Revistas	0,390	0,147	30,524	0,000**	0,081	4,538	0,000**	
Família (pais)					0,101	5,389	0,000**	
Panfletos/brochuras					0,055	3,242	0,001**	

Médico					0,037	2,344	0,019*
<b>Nutrição</b>							
Família (pais)	0,202	0,039	30,086	0,000**	0,125	5,485	0,000**
Família (pais)	0,247	0,058	22,948	0,000**	0,110	4,820	0,000**
Panfletos/brochuras					0,076	3,900	0,000**
<b>Suporte social</b>							
Revistas	0,239	0,056	42,817	0,000**	0,164	6,543	0,000**
Revistas	0,289	0,081	32,055	0,000**	0,128	4,946	0,000**
Amigos					0,131	4,487	0,000**
Revistas					0,120	4,595	0,000**
Amigos	0,302	0,088	23,606	0,000**	0,126	4,316	0,000**
Médico					0,058	2,496	0,013*
<b>Responsabilidade pela saúde</b>							
Revistas	0,296	0,086	37,030	0,000**	0,198	8,187	0,000**
Revistas	0,356	0,124	50,690	0,000**	0,176	7,311	0,000**
Médico					0,124	5,606	0,000**
Revistas					0,157	6,547	0,000**
Médico	0,689	0,148	41,428	0,000**	0,106	4,787	0,000**
Família (pais)					0,121	4,486	0,000**
Revistas					0,126	4,958	0,000**
Médico	0,409	0,162	34,823	0,000**	0,089	3,962	0,000**
Família (pais)					0,116	4,334	0,000**
Panfletos/brochuras					0,087	2,590	0,000**
<b>Apreciar a vida</b>							
Família (pais)	0,177	0,030	22,792	0,000**	0,142	4,774	0,000**
Família (pais)	0,227	0,049	18,978	0,000**	0,123	4,126	0,000**
Panfletos/brochuras					0,098	3,836	0,000**
Família (pais)					0,113	3,737	0,000**
Panfletos/brochuras	0,243	0,055	14,693	0,000**	0,074	2,739	0,006**
Revistas					0,070	2,421	0,016*
<b>Exercício físico</b>							
Família (pais)	0,102	0,009	7,390	0,007**	0,082	2,718	0,007**
Família (pais)	0,129	0,014	5,957	0,003**	0,070	2,281	0,023*
Farmacêutico					0,051	2,118	0,035*
<b>Gestão do stresse</b>							
Revistas	0,203	0,040	30,019	0,000**	0,139	5,479	0,000**
Revistas	0,257	0,063	24,759	0,000**	0,117	4,581	0,000**
Família (pais)					0,122	4,329	0,000**
<b>Idade: 17 a 20 anos</b>							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>							
Panfletos/brochuras	0,259	0,065	32,916	0,000**	0,123	5,737	0,000**
Panfletos/brochuras	0,331	0,106	28,132	0,000**	0,109	4,674	0,000**
Família (pais)					0,116	5,378	0,000**
Panfletos/brochuras					0,056	2,457	0,014*
Família (pais)	0,348	0,115	20,973	0,000**	0,100	4,235	0,000**
Revistas					0,091	3,975	0,000**
Panfletos/brochuras	0,360	0,122	16,973	0,000**	0,052	2,257	0,024*

Família (pais)					0,091	3,836	0,000**
Revistas					0,080	3,446	0,001**
Médico					0,039	2,119	0,035*
<b>Nutrição</b>							
Panfletos/brochuras	0,162	0,024	12,620	0,000**	0,096	3,553	0,000**
Panfletos/brochuras					0,069	2,356	0,019*
Revistas	0,189	0,032	8,724	0,000**	0,063	2,174	0,030*
<b>Suporte social</b>							
Amigos	0,321	0,101	54,147	0,000**	0,242	7,358	0,000**
Amigos					0,197	5,556	0,000**
Família (pais)	0,349	0,118	32,537	0,000**	0,117	3,147	0,002**
Amigos					0,169	4,621	0,000**
Família (pais)	0,369	0,130	24,577	0,000**	0,116	3,146	0,002**
Televisão					0,099	2,779	0,006**
<b>Responsabilidade pela saúde</b>							
Panfletos/brochuras	0,285	0,079	41,626	0,000**	0,187	6,452	0,000**
Panfletos/brochuras					0,112	4,500	0,000**
Médico	0,346	0,116	31,788	0,000**	0,148	4,978	0,000**
Panfletos/brochuras					0,110	3,626	0,000**
Médico	0,379	0,138	26,116	0,000**	0,101	4,083	0,000**
Revistas					0,106	3,359	0,001**
Panfletos/brochuras					0,098	3,194	0,001**
Médico	0,397	0,150	21,782	0,000**	0,090	3,608	0,000**
Revistas					0,089	2,768	0,006**
Família (pais)					0,107	3,422	0,001**
<b>Apreciar a vida</b>							
Panfletos/brochuras	0,154	0,022	11,286	0,001**	0,122	3,359	0,001**
Panfletos/brochuras					0,108	2,691	0,007**
Família (pais)	0,196	0,034	9,339	0,000**	0,112	3,111	0,002**
<b>Exercício físico</b>							
Farmacêutico	0,115	0,011	6,213	0,013*	0,076	2,493	0,013*
<b>Gestão do stresse</b>							
Amigos	0,193	0,035	18,095	0,000**	0,146	4,254	0,000**
Amigos					0,092	2,774	0,006**
Revistas	0,230	0,049	13,024	0,000**	0,116	3,242	0,001**
Amigos					0,086	2,595	0,010**
Revistas	0,251	0,057	10,360	0,000**	0,086	2,195	0,029*
Família (pais)					0,085	2,209	0,028*
Amigos					0,060	1,710	0,088
Revistas	0,267	0,063	8,885	0,000**	0,091	2,322	0,021*
Família (pais)					0,068	1,748	0,081
Panfletos/brochuras					0,074	2,059	0,040*
<b>Curso: CCH – Línguas e Humanidades</b>							
	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>							
Médico	0,411	0,141	6,088	0,020*	0,213	2,467	0,020*
Médico					0,187	2,278	0,030*
Televisão	0,536	0,238	5,830	0,007**	0,224	2,191	0,037*
Médico	0,647	0,356	6,713	0,001**	0,315	3,460	0,002**

Televisão					0,378	3,374	0,002**
Internet					-0,324	-2,517	0,018*
Nutrição							
Revistas	0,387	0,150	5,451	0,026*	0,227	2,335	0,026*
Suporte social							
Médico	0,432	0,161	7,332	0,011*	0,317	2,708	0,011*
Responsabilidade pela saúde							
Revistas	0,431	0,160	7,089	0,012*	0,327	2,663	0,012*
Apreciar a vida							
Médico	0,403	0,134	5,810	0,022*	0,250	2,410	0,022*
Exercício físico							
Televisão	0,388	0,150	5,308	0,028*	0,348	2,304	0,028*
Gestão do <i>stresse</i>							
Televisão	0,364	0,105	4,746	0,037*	0,334	2,179	0,037*
Língua melhor dominada para comunicar com a família: Não portuguesa							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Revistas	0,419	0,145	5,744	0,024*	0,249	2,397	0,024*
Responsabilidade pela saúde							
Revistas	0,444	0,168	6,872	0,014*	0,385	2,621	0,014*
Revistas	0,568	0,273	6,446	0,005**	0,530	3,493	0,002**
Televisão					-0,287	-2,243	0,033*
Revistas	0,664	0,377	6,852	0,001**	0,498	3,527	0,002**
Televisão					-0,360	-2,939	0,007**
Internet					0,265	2,347	0,027*
Gestão do <i>stresse</i>							
Amigos	0,467	0,190	7,794	0,009**	0,380	2,792	0,009**
Amigos	0,572	0,278	6,572	0,005**	0,311	2,348	0,026*
Farmacêutico					0,182	2,098	0,045*
Língua melhor dominada para comunicar com os amigos e nas relações sociais: Não portuguesa							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Suporte social							
Médico	0,638	0,348	6,860	0,026*	-0,394	-2,619	0,026*
Exercício físico							
Televisão	0,618	0,319	6,164	0,032*	0,443	2,483	0,032*
Gestão do <i>stresse</i>							
Revistas	0,661	0,380	7,748	0,019*	0,462	2,783	0,019*

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXXV - Análise de regressão linear da aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde como preditora de comportamentos promotores de saúde (método *Enter*)

Aquisição de Panfletos/brochuras sobre saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,216	0,047	57,426	0,000**	0,192	7,578	0,000**
Nutrição	0,138	0,018	23,389	0,000**	0,150	4,836	0,000**
Suporte social	0,159	0,024	31,316	0,000**	0,208	5,596	0,000**
Responsabilidade pela saúde	0,230	0,052	67,130	0,000**	0,289	8,193	0,000**
Apreciar a vida	0,133	0,017	21,750	0,000**	0,190	4,664	0,000**
Exercício físico	0,102	0,010	12,570	0,000**	0,145	3,545	0,000**
Gestão do <i>stresse</i>	0,127	0,015	19,656	0,000**	0,168	4,434	0,000**
<b>Sexo: Masculino</b>							
Aquisição de Panfletos/brochuras sobre saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,206	0,041	27,282	0,000**	0,205	5,223	0,000**
Nutrição	0,097	0,008	6,065	0,014*	0,114	2,463	0,014*
Suporte social	0,151	0,021	14,802	0,000**	0,218	3,847	0,000**
Responsabilidade pela saúde	0,185	0,033	22,316	0,000**	0,251	4,724	0,000**
Apreciar a vida	0,150	0,021	14,490	0,000**	0,242	3,807	0,000**
Exercício físico	0,121	0,013	9,325	0,002**	0,188	3,054	0,002**
Gestão do <i>stresse</i>	0,146	0,020	13,688	0,000**	0,207	3,700	0,000**
<b>Sexo: Feminino</b>							
Aquisição de Panfletos/brochuras sobre saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,224	0,048	29,078	0,000**	0,188	5,392	0,000**
Nutrição	0,178	0,030	18,699	0,000**	0,197	4,324	0,000**
Suporte social	0,098	0,008	5,486	0,020*	0,122	2,342	0,020*
Responsabilidade pela saúde	0,207	0,041	25,374	0,000**	0,254	5,037	0,000**
Apreciar a vida	0,126	0,014	9,178	0,003**	0,169	3,029	0,003**
Exercício físico	0,188	0,034	20,770	0,000**	0,258	4,557	0,000**
Gestão do <i>stresse</i>	0,104	0,009	6,214	0,013*	0,139	2,493	0,013*
<b>Idade: 14 a 16 anos</b>							
Aquisição de Panfletos/brochuras sobre saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,225	0,049	36,983	0,000**	0,196	6,081	0,000**
Nutrição	0,138	0,018	14,035	0,000**	0,146	3,746	0,000**
Suporte social	0,149	0,021	16,383	0,000**	0,193	4,048	0,000**
Responsabilidade pela saúde	0,219	0,047	35,911	0,000**	0,276	5,993	0,000**
Apreciar a vida	0,171	0,028	21,713	0,000**	0,236	4,660	0,000**
Exercício físico	0,108	0,010	8,549	0,004**	0,150	3,924	0,004**
Gestão do <i>stresse</i>	0,127	0,015	11,667	0,001**	0,164	3,416	0,001**
<b>Idade: 17 a 20 anos</b>							
Aquisição de Panfletos/brochuras sobre saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,201	0,038	19,882	0,000**	0,182	4,459	0,000**
Nutrição	0,135	0,016	8,960	0,003**	0,155	2,993	0,003**
Suporte social	0,172	0,027	14,738	0,000**	0,229	3,839	0,000**
Responsabilidade pela saúde	0,250	0,061	32,248	0,000**	0,313	5,679	0,000**
Apreciar a vida	0,080	0,004	3,118	0,078	0,120	1,766	0,078
Exercício físico	0,082	0,005	3,283	0,071	0,122	1,812	0,071

<b>Gestão do <i>stresse</i></b>	0,128	0,014	8,006	0,005**	0,174	2,829	0,005**
<b>Língua melhor dominada para ler e escrever: Não portuguesa</b>							
<b>Aquisição de Panfletos/brochuras sobre saúde</b>	<b><i>R</i></b>	<b><i>R</i><sup>2</sup></b>	<b><i>F</i></b>	<b><i>p</i></b>	<b><i>B</i></b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>	0,580	0,310	12,697	0,002**	0,563	3,563	0,002**
<b>Nutrição</b>	0,644	0,391	17,689	0,000**	0,845	4,206	0,000**
<b>Suporte social</b>	0,137	-0,021	0,477	0,496	0,211	0,691	0,496
<b>Responsabilidade pela saúde</b>	0,493	0,213	8,017	0,009**	0,635	2,831	0,009**
<b>Apreciar a vida</b>	0,451	0,172	6,391	0,018*	0,643	2,528	0,018*
<b>Exercício físico</b>	0,205	0,004	1,092	0,306	0,341	1,045	0,306
<b>Gestão do <i>stresse</i></b>	0,423	0,146	5,459	0,028*	0,706	2,337	0,028*

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXXVI - Análise de regressão linear da Informação sobre saúde contida nos Panfletos/brochuras como preditora de comportamentos promotores de saúde (método *Stepwise*)

	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,258	0,066	82,741	0,000**	0,100	9,096	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,290	0,083	53,439	0,000**	0,068	5,285	0,000**
Utilidade da informação					0,075	4,754	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,065	5,048	0,000**
Utilidade da informação	0,297	0,086	37,401	0,000**	0,070	4,410	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					0,039	2,227	0,026*
<b>Nutrição</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,153	0,023	28,846	0,000**	0,073	5,371	0,000**
<b>Suporte social</b>							
Utilidade da informação	0,214	0,045	57,684	0,000**	0,151	7,595	0,000**
<b>Responsabilidade pela saúde</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,290	0,083	109,723	0,000**	0,159	10,475	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,313	0,097	64,768	0,000**	0,146	9,484	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					0,103	4,270	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,126	7,017	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,319	0,099	44,975	0,000**	0,096	3,925	0,000**
Utilidade da informação					0,049	2,227	0,026*
<b>Apreciar a vida</b>							
Utilidade da informação	0,190	0,035	44,848	0,000**	0,146	6,697	0,000**
Utilidade da informação	0,215	0,045	29,010	0,000**	0,097	3,793	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos						3,568	0,000**
<b>Exercício físico</b>							
Utilidade da informação	0,098	0,009	11,544	0,001**	0,076	3,398	0,001**
<b>Gestão do <i>stresse</i></b>							
Utilidade da informação	0,198	0,039	48,877	0,000**	0,141	6,991	0,000**
Utilidade da informação	0,223	0,048	31,235	0,000**	0,096	4,046	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,069	3,619	0,000**
<b>Sexo: Masculino</b>							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Comportamentos promotores de saúde totais</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,272	0,073	49,941	0,000**	0,111	6,996	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,300	0,087	30,244	0,000**	0,079	4,251	0,000**
Utilidade da informação					0,074	3,281	0,001**
<b>Nutrição</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,168	0,027	18,248	0,000**	0,080	4,272	0,000**
<b>Suporte social</b>							
Utilidade da informação	0,251	0,061	42,334	0,000**	0,181	6,506	0,000**
<b>Responsabilidade pela saúde</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,311	0,095	66,893	0,000**	0,172	8,179	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,332	0,107	28,544	0,000**	0,157	7,326	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					0,102	3,050	0,002**
<b>Apreciar a vida</b>							
Utilidade da informação	0,219	0,047	31,799	0,000**	0,176	5,639	0,000**

Utilidade da informação	0,249	0,059	20,804	0,000**	0,116	3,177	0,002**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,092	3,063	0,002**
Exercício físico							
Utilidade da informação	0,110	0,011	7,675	0,006**	0,086	2,770	0,006**
Gestão do stresse							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,225	0,049	33,402	0,000**	0,131	5,779	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,241	0,055	19,372	0,000**	0,099	3,714	0,000**
Utilidade da informação					0,073	2,263	0,024*
Sexo: Feminino							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Utilidade da informação	0,239	0,056	33,392	0,000**	0,166	5,779	0,000**
Utilidade da informação	0,274	0,071	22,202	0,000**	0,056	3,231	0,001**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,081	3,594	0,000**
Utilidade da informação					0,054	3,084	0,002**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,288	0,078	16,477	0,000**	0,073	3,193	0,001**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					0,052	2,174	0,030*
Nutrição							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,129	0,015	9,572	0,002**	0,064	3,094	0,002**
Suporte social							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,113	0,011	7,290	0,007**	0,063	2,700	0,007**
Responsabilidade pela saúde							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,213	0,044	26,934	0,000**	0,117	5,190	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,248	0,058	18,554	0,000**	0,105	4,622	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					0,108	3,124	0,002**
Apreciar a vida							
Utilidade da informação	0,162	0,025	15,175	0,000**	0,125	3,895	0,000**
Utilidade da informação	0,184	0,030	9,849	0,000**	0,088	2,404	0,017*
Leitura imediata assim que são recebidos					0,059	2,105	0,036*
Exercício físico							
Utilidade da informação	0,174	0,029	17,686	0,000**	0,138	4,206	0,000**
Gestão do stresse							
Utilidade da informação	0,207	0,041	25,179	0,000**	0,159	5,018	0,000**
Idade: 14 a 16 anos							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Utilidade da informação	0,323	0,103	80,631	0,000**	0,150	8,979	0,000**
Utilidade da informação	0,340	0,113	45,377	0,000**	0,118	5,963	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,048	3,029	0,003**
Utilidade da informação					0,112	5,621	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,352	0,120	32,694	0,000**	0,045	2,785	0,006**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					0,054	2,568	0,010**
Nutrição							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,178	0,030	23,515	0,000**	0,081	4,849	0,000**
Suporte social							



Utilidade da informação	0,274	0,074	58,342	0,000**	0,190	7,638	0,000**
Responsabilidade pela saúde							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,307	0,093	74,211	0,000**	0,168	8,615	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,340	0,113	46,300	0,000**	0,153	7,783	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					0,124	4,092	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,350	0,119	33,019	0,000**	0,124	5,385	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					0,115	3,771	0,000**
Utilidade da informação					0,069	2,414	0,016*
Apreciar a vida							
Utilidade da informação	0,253	0,063	48,769	0,000**	0,186	6,983	0,000**
Exercício físico							
Utilidade da informação	0,156	0,023	17,998	0,000**	0,117	4,242	0,000**
Gestão do stresse							
Utilidade da informação	0,253	0,063	48,851	0,000**	0,175	6,989	0,000**
Utilidade da informação	0,266	0,068	27,092	0,000**	0,163	6,404	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					0,072	2,248	0,025*
Idade: 17 a 20 anos							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,246	0,059	30,090	0,000**	0,099	5,485	0,000**
Nutrição							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,117	0,012	6,667	0,010**	0,059	2,582	0,010**
Suporte social							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,142	0,018	9,969	0,002**	0,083	3,157	0,002**
Responsabilidade pela saúde							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,264	0,068	36,096	0,000**	0,145	6,008	0,000**
Apreciar a vida							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,208	0,041	21,567	0,000**	0,137	4,644	0,000**
Gestão do stresse							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,209	0,042	21,733	0,000**	0,125	4,662	0,000**
Língua melhor dominada para ler e escrever: Não portuguesa							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Utilidade da informação	0,556	0,281	11,158	0,003**	0,251	3,340	0,003**
Suporte social							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,454	0,174	6,474	0,017*	0,276	2,544	0,017*
Apreciar a vida							
Utilidade da informação	0,564	0,291	11,652	0,002**	0,374	3,413	0,002**
Utilidade da informação	0,669	0,402	9,722	0,001**	0,424	4,127	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,281	-2,373	0,026*
Gestão do stresse							
Utilidade da informação	0,654	0,405	18,729	0,000**	0,508	4,328	0,000**

Língua melhor dominada para comunicar com os amigos e nas relações sociais: Não portuguesa							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Apreciar a vida</b>							
Utilidade da informação	0,607	0,305	5,825	0,036*	0,500	2,413	0,036*
<b>Gestão do <i>stresse</i></b>							
Utilidade da informação	0,580	0,270	5,077	0,048*	0,406	2,253	0,048*

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXXVII - Análise de regressão linear da tópicos de informação em saúde como preditores de comportamentos promotores de saúde (método *Stepwise*)

	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Nutrição	0,077	0,005	6,898	0,009**	0,072	2,626	0,009**
Nutrição	0,101	0,008	5,996	0,003**	0,069	2,494	0,013*
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,026	2,252	0,025*
Nutrição							
Saúde oral (dentes e gengivas)	0,072	0,004	6,225	0,013*	0,078	2,495	0,013*
Suporte social							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,069	0,004	5,790	0,016*	0,103	2,406	0,016*
Responsabilidade pela saúde							
Nutrição	0,146	0,020	26,088	0,000**	0,195	5,108	0,000**
Nutrição	0,165	0,026	16,854	0,000**	0,190	4,986	0,000**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,098	2,735	0,006**
Exercício físico							
Exercício Físico	0,103	0,010	12,878	0,000**	0,152	3,589	0,000**
Sexo: Masculino							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Apreciar a vida							
Saúde oral (dentes e gengivas)	0,080	0,005	4,084	0,044*	0,124	2,021	0,044*
Exercício físico							
Exercício Físico	0,106	0,010	7,198	0,007**	0,160	2,683	0,007**
Sexo: Feminino							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Exercício Físico	0,131	0,015	9,671	0,002**	0,113	3,110	0,002**
Exercício Físico	0,177	0,028	8,924	0,000**	0,110	3,052	0,002**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,097	2,838	0,005**
Nutrição							
Saúde oral (dentes e gengivas)	0,135	0,016	10,547	0,001**	0,144	3,248	0,001**
Suporte social							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,105	0,009	6,293	0,012*	0,147	2,509	0,012*
Responsabilidade pela saúde							
Nutrição	0,208	0,042	25,656	0,000**	0,258	5,065	0,000**
Nutrição	0,239	0,054	17,127	0,000**	0,264	5,195	0,000**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,140	2,876	0,004**
Apreciar a vida							
Exercício Físico	0,088	0,006	4,454	0,035*	0,121	2,110	0,035*
Exercício físico							
Saúde oral (dentes e gengivas)	0,119	0,012	8,138	0,004**	0,158	2,853	0,004**
Saúde oral (dentes e gengivas)	0,144	0,017	6,042	0,003**	0,164	2,965	0,003**
Fumar (deixar de)					0,119	1,975	0,049*

Idade: 14 a 16 anos							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Exercício Físico	0,117	0,012	9,602	0,002**	0,105	3,099	0,002**
Nutrição							
Exercício Físico	0,090	0,007	5,894	0,015*	0,098	2,428	0,015*
Suporte social							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,076	0,004	4,195	0,041*	0,115	2,048	0,041*
Responsabilidade pela saúde							
Nutrição	0,166	0,026	20,202	0,000**	0,226	4,495	0,000**
Exercício físico							
Exercício Físico	0,133	0,016	12,902	0,000**	0,190	3,592	0,000**
Idade: 17 a 20 anos							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Comportamentos promotores de saúde totais							
Saúde oral (dentes e gengivas)	0,119	0,012	6,715	0,010**	0,108	2,591	0,010**
Nutrição							
Saúde oral (dentes e gengivas)	0,107	0,009	5,563	0,019*	0,123	2,359	0,019*
Saúde oral (dentes e gengivas)	0,142	0,016	4,981	0,007**	0,123	2,367	0,018*
Fumar (deixar de)					-0,117	-2,088	0,037*
Responsabilidade pela saúde							
Nutrição	0,116	0,011	6,601	0,010**	0,152	2,569	0,010**
Nutrição	0,154	0,020	5,898	0,003**	0,144	2,437	0,015*
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)					0,143	2,267	0,024*
Nutrição	0,188	0,029	5,911	0,001**	0,140	2,389	0,017*
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)					0,157	2,492	0,013*
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,137	2,412	0,016*
Apreciar a vida							
Saúde oral (dentes e gengivas)	0,099	0,008	4,725	0,030*	0,148	2,174	0,030*
Cultura: Não portuguesa							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Suporte social							
Exercício Físico	0,500	0,214	7,003	0,015*	-0,622	-2,646	0,015*
Exercício Físico	0,632	0,314	6,661	0,006**	-0,718	-3,267	0,004**
Nutrição					0,498	2,234	0,037*

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXXVIII - Análise de regressão linear das fontes de informação em saúde como preditoras da literacia em saúde (método *Stepwise*)

Literacia em saúde total		R	R <sup>2</sup>	F	p	B	t	p
	Revistas	0,120	0,013	13,537	0,000**	0,020	3,679	0,000**
	Revistas	0,148	0,020	10,405	0,000**	0,017	3,054	0,002**
	Médico					0,014	2,680	0,007**
	Revistas	0,174	0,027	9,615	0,000**	0,020	3,436	0,001**
	Médico					0,018	3,438	0,001**
	Farmacêutico					-0,015	-2,807	0,005**
	Revistas	0,187	0,031	8,368	0,000**	0,015	5,565	0,010**
	Médico					0,017	3,120	0,002**
	Farmacêutico					-0,017	-3,254	0,001**
	Panfletos/brochuras					0,013	2,125	0,034*
Áreas temáticas		R	R <sup>2</sup>	F	p	B	t	p
Gestão do <i>stress</i> e								
	Internet	0,109	0,011	13,420	0,000**	0,026	3,663	0,000**
	Internet	0,139	0,018	10,974	0,000**	0,023	3,198	0,001**
	Médico					0,019	2,905	0,004**
	Internet	0,171	0,027	11,174	0,000**	0,024	3,384	0,001**
	Médico					0,027	3,903	0,000**
	Farmacêutico					-0,022	-3,372	0,001**
	Internet	0,185	0,031	9,803	0,000**	0,020	2,834	0,005**
	Médico					0,024	3,446	0,001**
	Farmacêutico					-0,026	-3,874	0,000**
	Panfletos/brochuras					0,018	2,356	0,019*
Saúde reprodutiva/ sexual								
	Médico	0,132	0,017	19,424	0,000**	0,021	4,407	0,000**
	Médico	0,153	0,022	13,141	0,000**	0,019	3,919	0,000**
	Televisão					0,016	2,599	0,009**
	Médico	0,170	0,026	10,870	0,000**	0,024	4,523	0,000**
	Televisão					0,019	2,983	0,003**
	Farmacêutico					-0,013	-2,490	0,013*
	Médico	0,183	0,030	9,451	0,000**	0,022	4,109	0,000**
	Televisão					0,015	2,303	0,021*
	Farmacêutico					-0,015	-2,964	0,003**
	Panfletos/brochuras					0,013	2,252	0,025*
Exercício físico								
	Televisão	0,112	0,012	14,804	0,000**	0,031	3,848	0,000**
	Televisão	0,135	0,016	10,738	0,000**	0,024	2,809	0,005**
	Panfletos/brochuras					0,018	2,569	0,010**
Gestão do peso								
	Família (pais)	0,061	0,003	4,273	0,039*	0,018	2,067	0,039*
Uso de substâncias								
	Panfletos/brochuras	0,095	0,008	10,588	0,001**	0,022	3,251	0,001**
	Panfletos/brochuras	0,120	0,013	8,350	0,000**	0,029	3,900	0,000**
	Farmacêutico					-0,016	-2,467	0,014*
	Panfletos/brochuras	0,150	0,020	8,801	0,000**	0,024	3,288	0,001**
	Farmacêutico					-0,022	-3,249	0,001**
	Médico					0,021	3,095	0,002**
	Panfletos/brochuras	0,162	0,023	7,771	0,000**	0,021	2,784	0,005**

Farmacêutico					-0,022	-3,254	0,001**
Médico					0,020	2,905	0,004**
Internet					0,015	2,144	0,032*
<b>Segurança pessoal</b>							
Médico	0,091	0,007	9,631	0,002**	0,022	3,103	0,002**
Médico	0,113	0,011	7,453	0,001**	0,028	3,715	0,000**
Farmacêutico					-0,017	-2,289	0,022*
Médico					0,026	3,426	0,001**
Farmacêutico	0,133	0,015	6,890	0,000**	-0,018	-2,430	0,015*
Internet					0,019	2,388	0,017*
<b>Prevenção de doenças cardiovasculares</b>							
Revistas	0,092	0,008	9,433	0,002**	0,024	3,071	0,002**
Revistas	0,124	0,013	8,528	0,000**	0,028	3,564	0,000**
Farmacêutico					-0,019	-2,751	0,006**
Revistas					0,026	3,235	0,001**
Farmacêutico	0,143	0,018	7,682	0,000**	-0,025	-3,397	0,001**
Médico					0,018	2,432	0,015*
Revistas					0,020	2,365	0,018*
Farmacêutico	0,156	0,021	6,873	0,000**	-0,028	-3,796	0,000**
Médico					0,016	2,094	0,036*
Panfletos/brochuras					0,018	2,092	0,037*
<b>Prevenção de doenças cancerígenas</b>							
Revistas	0,116	0,013	14,233	0,000**	0,034	3,773	0,000**
Revistas	0,137	0,017	9,850	0,000**	0,025	2,600	0,009**
Panfletos/brochuras					0,021	2,325	0,020*
Revistas					0,026	2,734	0,006**
Panfletos/brochuras	0,151	0,020	8,009	0,000**	0,028	2,841	0,005**
Farmacêutico					-0,017	-2,065	0,039*
<b>Advocacia da saúde</b>							
Revistas	0,113	0,012	14,059	0,000**	0,047	3,750	0,000**
<b>Parâmetros de desempenho</b>							
	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Conhecimento base</b>							
Panfletos/brochuras	0,115	0,012	14,096	0,000**	0,022	3,754	0,000**
Panfletos/brochuras	0,156	0,022	13,055	0,000**	0,029	4,725	0,000**
Farmacêutico					-0,019	-3,445	0,001**
Panfletos/brochuras					0,025	4,070	0,000**
Farmacêutico	0,189	0,033	12,892	0,000**	-0,024	-4,298	0,000**
Médico					0,020	3,505	0,000**
Panfletos/brochuras					0,022	3,582	0,000**
Farmacêutico	0,198	0,036	10,734	0,000**	-0,024	-4,317	0,000**
Médico					0,019	3,316	0,001**
Internet					0,012	2,036	0,042*
<b>Aquisição de informação</b>							
Médico	0,109	0,011	12,677	0,000**	0,023	3,560	0,000**
Médico	0,131	0,015	9,244	0,000**	0,020	3,067	0,002**
Televisão					0,020	2,399	0,017*
Médico					0,025	3,639	0,000**
Televisão	0,148	0,019	7,904	0,000**	0,023	2,737	0,006**
Farmacêutico					-0,015	-2,270	0,023*

Médico					0,023	3,281	0,001**
Televisão					0,018	2,054	0,040*
Farmacêutico	0,162	0,023	7,141	0,000**	-0,019	-2,739	0,006**
Panfletos/brochuras					0,017	2,184	0,029*
<b>Implementação de estratégia</b>							
Médico	0,121	0,014	14,781	0,000**	0,022	3,845	0,000**
Médico					0,019	3,207	0,001**
Revistas	0,153	0,022	11,892	0,000**	0,019	2,981	0,003**
Médico					0,023	3,764	0,000**
Revistas	0,169	0,026	9,712	0,000**	0,021	3,282	0,001**
Farmacêutico					-0,013	-2,291	0,022*
Médico					0,022	3,605	0,000**
Revistas	0,181	0,029	8,346	0,000**	0,016	0,081	0,019*
Farmacêutico					-0,014	-0,078	0,020*
Internet					0,014	0,069	0,042*
<b>Fatores que influenciam</b>							
Panfletos/brochuras	0,072	0,004	5,768	0,016*	0,025	2,402	0,016*
<b>Competências de comunicação</b>							
Panfletos/brochuras	0,108	0,011	13,723	0,000**	0,025	3,704	0,000**
Panfletos/brochuras					0,021	3,031	0,002**
Internet	0,128	0,015	9,613	0,000**	0,016	2,334	0,020*
Panfletos/brochuras					0,017	2,397	0,017*
Internet	0,142	0,018	7,901	0,000**	0,015	2,156	0,031*
Médico					0,014	2,102	0,036*
Panfletos/brochuras					0,022	2,979	0,008**
Internet	0,160	0,022	7,525	0,000**	0,015	2,162	0,031*
Médico					0,018	2,728	0,006**
Farmacêutico					-0,017	-2,508	0,012*
<b>Planeamento e processo</b>							
Televisão	0,079	0,005	6,622	0,010**	0,022	2,573	0,010**
<b>Advocacia</b>							
Revistas	0,113	0,012	14,059	0,000**	0,047	3,750	0,000**
<b>Sexo: Masculino</b>							
<b>Literacia em saúde total</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Médico	0,113	0,011	6,301	0,012*	0,018	2,510	0,012**
Médico					0,024	3,233	0,001**
Farmacêutico	0,163	0,022	6,633	0,001**	-0,018	-2,625	0,009**
<b>Áreas temáticas</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Gestão do stresse</b>							
Médico	0,103	0,009	6,247	0,013*	0,023	2,499	0,013*
Médico					0,033	3,306	0,001**
Farmacêutico	0,155	0,021	7,140	0,001**	-0,026	-2,821	0,005**
Médico					0,030	3,010	0,003**
Farmacêutico	0,178	0,027	6,291	0,000**	-0,028	-2,980	0,003**
Internet					0,022	2,123	0,034*
<b>Saúde reprodutiva/ sexual</b>							
Médico	0,160	0,024	15,020	0,000**	0,027	3,876	0,000**
Médico	0,179	0,029	9,479	0,000**	0,032	4,314	0,000**

Farmacêutico					-0,014	-1,966	0,050*
Médico					0,029	3,856	0,000**
Farmacêutico	0,203	0,036	8,231	0,000**	-0,019	-2,598	0,010**
Panfletos/brochuras					0,021	2,363	0,018*
<b>Exercício físico</b>							
Televisão	0,127	0,014	10,010	0,002**	0,037	3,164	0,002**
<b>Uso de substâncias</b>							
Médico	0,097	0,009	5,733	0,017*	0,021	2,394	0,017*
Médico	0,137	0,019	5,765	0,003**	0,028	3,061	0,002**
Farmacêutico					-0,021	-2,398	0,017*
<b>Segurança pessoal</b>							
Médico	0,127	0,014	9,982	0,002**	0,032	3,143	0,002**
<b>Prevenção de doenças cardiovasculares</b>							
Farmacêutico	0,099	0,008	5,655	0,018*	-0,023	-2,378	0,018*
Farmacêutico	0,169	0,025	8,403	0,000**	-0,034	-3,344	0,001**
Médico					0,035	3,324	0,001**
Farmacêutico					-0,038	-3,716	0,000**
Médico	0,194	0,033	7,497	0,000**	0,030	2,857	0,004**
Televisão					0,032	2,357	0,019*
<b>Parâmetros de desempenho</b>							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Conhecimento base</b>							
Médico	0,107	0,010	6,488	0,011*	0,019	2,547	0,011**
Médico	0,179	0,028	9,118	0,000**	0,028	3,516	0,000**
Farmacêutico					-0,025	-3,409	0,001**
Médico					0,025	3,131	0,002**
Farmacêutico	0,205	0,037	8,055	0,000**	-0,031	-4,000	0,000**
Panfletos/brochuras					0,022	2,402	0,017*
<b>Aquisição de informação</b>							
Médico	0,113	0,011	7,133	0,008**	0,024	2,671	0,008**
Médico	0,146	0,018	6,033	0,003**	0,030	3,257	0,001**
Farmacêutico					-0,020	-2,210	0,028*
Médico					0,027	2,852	0,005
Farmacêutico	0,168	0,023	5,392	0,001**	-0,023	-2,539	0,011
Televisão					0,024	2,011	0,045
<b>Implementação de estratégia</b>							
Médico	0,127	0,014	8,485	0,004**	0,024	2,913	0,004**
Médico	0,154	0,020	6,327	0,002**	0,021	2,580	0,010**
Internet					0,018	2,029	0,043*
<b>Fatores que influenciam</b>							
Panfletos/brochuras	0,093	0,007	4,996	0,026*	0,040	2,235	0,026*
<b>Competências de comunicação</b>							
Médico	0,126	0,014	9,659	0,002**	0,029	3,108	0,002**
<b>Sexo: Feminino</b>							
<b>Áreas temáticas</b>							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Exercício físico</b>							
Internet	0,120	0,013	7,932	0,005**	-0,024	-2,816	0,005
<b>Parâmetros de desempenho</b>							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>



Planeamento e processo							
Amigos	0,115	0,011	6,738	0,010**	-0,028	-2,596	0,010**
Idade: 14 a 16 anos							
Literacia em saúde total	R	R <sup>2</sup>	F	p	B	t	p
Revistas	0,144	0,019	11,507	0,001**	0,023	3,392	0,001**
Revistas	0,168	0,025	7,830	0,000**	0,017	2,324	0,021*
Panfletos/brochuras					0,014	2,021	0,044*
Áreas temáticas	R	R <sup>2</sup>	F	p	B	t	p
Gestão do stresse							
Internet	0,134	0,017	12,176	0,001**	0,030	3,489	0,001**
Internet	0,168	0,025	9,667	0,000**	0,024	2,711	0,007**
Panfletos/brochuras					0,023	2,655	0,008**
Saúde reprodutiva/ sexual							
Televisão	0,158	0,024	16,847	0,000**	0,031	4,105	0,000**
Exercício físico							
Televisão	0,113	0,011	9,055	0,003**	0,030	3,009	0,003**
Gestão do peso							
Família (pais)	0,114	0,011	8,841	0,003**	0,034	2,973	0,003**
Família (pais)	0,142	0,017	6,983	0,001**	0,029	2,502	0,013*
Televisão					0,027	2,252	0,025*
Uso de substâncias							
Panfletos/brochuras	0,126	0,015	11,181	0,001**	0,028	3,344	0,001**
Panfletos/brochuras	0,155	0,021	8,446	0,000**	0,023	2,644	0,008**
Internet					0,021	2,374	0,018*
Segurança pessoal							
Internet	0,084	0,006	4,883	0,027*	0,021	2,210	0,027*
Prevenção de doenças cardiovasculares							
Panfletos/brochuras	0,105	0,009	7,184	0,008**	0,024	2,680	0,008**
Prevenção de doenças cancerígenas							
Revistas	0,125	0,014	9,783	0,002**	0,036	3,128	0,002**
Advocacia da saúde							
Revistas	0,113	0,011	8,363	0,004**	0,047	2,892	0,004**
Parâmetros de desempenho	R	R <sup>2</sup>	F	p	B	t	p
Conhecimento base							
Panfletos/brochuras	0,144	0,019	13,107	0,000**	0,025	3,620	0,000**
Panfletos/brochuras	0,173	0,027	9,537	0,000**	0,031	4,264	0,000**
Farmacêutico					-0,016	-2,422	0,016*
Panfletos/brochuras	0,198	0,035	8,400	0,000**	0,027	3,593	0,000**
Farmacêutico					-0,017	-2,487	0,013*
Internet					0,018	2,444	0,015*
Aquisição de informação							
Televisão	0,146	0,020	13,400	0,000**	0,038	3,661	0,000**
Televisão	0,172	0,026	9,367	0,000**	0,030	2,702	0,007**
Panfletos/brochuras					0,020	2,289	0,022*
Implementação de estratégia							
Internet	0,148	0,020	12,994	0,000**	0,027	3,605	0,000**

Internet	0,173	0,026	8,905	0,000**	0,020	2,423	0,016*
Revistas					0,019	2,175	0,030*
<b>Fatores que influenciam</b>							
Internet	0,113	0,019	8,237	0,004**	0,039	2,870	0,004**
Internet	0,137	0,016	6,095	0,002**	0,032	2,273	0,023*
Panfletos/brochuras					0,027	1,979	0,048*
<b>Competências de comunicação</b>							
Panfletos/brochuras	0,105	0,010	7,703	0,006**	0,023	2,775	0,006**
Panfletos/brochuras	0,129	0,014	5,810	0,003**	0,019	2,191	0,029*
Internet					0,017	1,971	0,049*
<b>Planeamento e processo</b>							
Televisão	0,107	0,010	7,240	0,007**	0,028	2,691	0,007**
<b>Advocacia</b>							
Revistas	0,113	0,011	8,363	0,004**	0,047	2,892	0,004**
<b>Idade: 17 a 20 anos</b>							
<b>Literacia em saúde total</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Médico	0,152	0,020	9,004	0,003**	0,24	3,001	0,003**
Médico	0,211	0,039	8,876	0,000**	0,033	3,642	0,000**
Farmacêutico					-0,026	-2,927	0,004**
<b>Áreas temáticas</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Gestão do stresse</b>							
Médico	0,153	0,021	10,832	0,001**	0,032	3,291	0,001**
Médico	0,233	0,050	12,839	0,000**	0,048	4,592	0,000**
Farmacêutico					-0,041	-3,811	0,000**
<b>Saúde reprodutiva/ sexual</b>							
Médico	0,169	0,026	12,975	0,000**	0,027	3,602	0,000**
Médico	0,211	0,040	10,234	0,000**	0,037	4,417	0,000**
Farmacêutico					-0,023	-2,703	0,007**
<b>Exercício físico</b>							
Médico	0,126	0,014	7,475	0,006**	0,027	2,734	0,006**
Médico	0,171	0,025	6,959	0,001**	0,038	3,531	0,000**
Farmacêutico					-0,027	-2,521	0,012*
Médico	0,207	0,036	6,870	0,000**	0,035	2,555	0,011*
Farmacêutico					0,036	3,378	0,001**
Televisão					-0,032	-2,927	0,004**
<b>Uso de substâncias</b>							
Médico	0,119	0,012	6,599	0,011*	0,026	2,569	0,011*
Médico	0,176	0,027	7,387	0,001**	0,038	3,506	0,001**
Farmacêutico					-0,032	-2,841	0,005**
<b>Segurança pessoal</b>							
Médico	0,157	0,023	11,614	0,001**	0,036	3,408	0,001**
<b>Prevenção de doenças cardiovasculares</b>							
Revistas	0,108	0,009	5,272	0,022*	0,030	2,296	0,008**
Revistas	0,166	0,023	6,346	0,002**	0,037	2,815	0,005**
Farmacêutico					-0,031	-2,710	0,007**
Revistas	0,213	0,039	7,071	0,000**	0,031	2,351	0,019**
Farmacêutico					-0,043	-3,599	0,000**

Médico					0,034	2,883	0,004**
<b>Prevenção de doenças cancerígenas</b>							
Revistas	0,110	0,010	5,146	0,024*	0,032	2,268	0,024*
<b>Advocacia da saúde</b>							
Televisão	0,115	0,011	5,938	0,015*	0,054	2,437	0,015*
<b>Parâmetros de desempenho</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Conhecimento base</b>							
Médico	0,145	0,019	9,200	0,003**	0,026	3,033	0,003**
Médico	0,212	0,041	10,088	0,000**	-0,031	-3,281	0,001**
Farmacêutico					0,038	4,103	0,000**
<b>Aquisição de informação</b>							
Médico	0,149	0,020	9,882	0,002**	0,030	3,144	0,002**
Médico	0,202	0,036	9,243	0,000**	0,042	4,059	0,000**
Farmacêutico					-0,031	-2,904	0,004**
<b>Implementação de estratégia</b>							
Médico	0,141	0,017	8,240	0,004**	0,025	2,871	0,004**
Médico	0,213	0,040	9,580	0,000**	0,037	3,947	0,004**
Farmacêutico					-0,032	-3,274	0,001**
<b>Competências de comunicação</b>							
Médico	0,134	0,016	8,370	0,004**	0,028	2,893	0,004**
<b>Advocacia</b>							
Televisão	0,115	0,011	5,938	0,015*	0,054	2,437	0,015*
<b>CCH – Línguas e Humanidades</b>							
<b>Literacia em saúde total</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Família (pais)	0,401	0,124	4,396	0,047*	-0,057	-2,097	0,047*
<b>Áreas temáticas</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Gestão do <i>stresse</i></b>							
Médico	0,452	0,174	6,678	0,016*	-0,088	-2,584	0,016*
<b>Exercício físico</b>							
Farmacêutico	0,401	0,132	5,569	0,025*	-0,099	-2,360	0,025*
<b>Parâmetros de desempenho</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Fatores que influenciam</b>							
Médico	0,393	0,126	5,476	0,026*	-0,110	-2,340	0,026*
<b>Competências de comunicação</b>							
Panfletos/brochuras	0,366	0,105	4,632	0,040*	-0,108	-2,152	0,040*
<b>Planeamento de processo</b>							
Farmacêutico	0,531	0,256	10,623	0,003**	-0,125	-3,259	0,003**
<b>Nacionalidade: Não Portuguesa</b>							
<b>Literacia em saúde total</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Farmacêutico	0,467	0,185	6,401	0,019*	-0,066	-2,530	0,019*
<b>Áreas temáticas</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Prevenção de doenças cardiovasculares</b>							
Farmacêutico	0,372	0,111	15,126	0,030*	-0,081	-2,264	0,030*
Farmacêutico	0,492	0,193	4,952	0,014*	-0,104	-2,889	0,007**
Revistas					0,093	2,063	0,048*

Prevenção de doenças cancerígenas								
Farmacêutico	0,414	0,139	5,366	0,029*	-0,097	-2,316	0,029*	
Parâmetros de desempenho	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Conhecimento base								
Farmacêutico	0,383	0,115	4,636	0,040*	-0,059	-2,153	0,040*	
Implementação de estratégia								
Farmacêutico	0,395	0,123	4,796	0,038*	-0,068	-2,190	0,038*	
Farmacêutico	0,530	0,224	4,886	0,016*	-0,092	-2,914	0,007**	
Médico					0,081	2,087	0,047*	
Competências de comunicação								
Médico	0,328	0,084	4,566	0,039*	0,073	2,137	0,039*	
Médico	0,464	0,173	5,070	0,011*	0,088	2,651	0,012*	
Amigos					-0,099	-2,255	0,030*	
Língua melhor dominada para ler e escrever: Não portuguesa								
Áreas temáticas	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Uso de substâncias								
Farmacêutico	0,414	0,134	4,552	0,044*	-0,080	-2,133	0,044*	
Prevenção de doenças cardiovasculares								
Família (pais)	0,456	0,168	5,252	0,033*	0,108	2,292	0,033*	
Prevenção de doenças cancerígenas								
Internet	0,536	0,236	5,629	0,033**	0,102	2,373	0,033*	
Parâmetros de desempenho	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Fatores que influenciam								
Internet	0,629	0,361	11,157	0,004**	0,170	3,340	0,004**	
Língua melhor dominada para comunicar com a família: Não portuguesa								
Literacia em saúde total	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Farmacêutico	0,535	0,235	5,613	0,033*	-0,079	-2,369	0,033*	
Áreas temáticas	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Gestão do stresse								
Médico	0,487	0,208	8,375	0,007**	0,104	2,894	0,007**	
Uso de substâncias								
Farmacêutico	0,391	0,121	4,867	0,036*	-0,061	-2,206	0,036*	
Parâmetros de desempenho	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Implementação de estratégia								
Amigos	0,528	0,236	6,565	0,020*	-0,124	-2,562	0,020*	
Fatores que influenciam								
Internet	0,481	0,199	7,225	0,013*	0,123	2,688	0,013*	
Competências de comunicação								
Médico	0,447	0,171	6,976	0,013*	0,095	2,641	0,013*	
Médico	0,610	0,325	7,981	0,002**	0,104	3,179	0,004**	
Amigos					-0,111	-2,719	0,011*	
Língua melhor dominada para comunicar com os amigos e nas relações sociais: Não portuguesa								
Áreas temáticas	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
Saúde reprodutiva/ sexual								
Médico	0,789	0,569	11,574	0,011*	0,147	3,402	0,011*	

Médico	0,909	0,769	14,322	0,005**	0,163	5,068	0,002**
Televisão					0,086	2,656	0,038*
<b>Exercício físico</b>							
Médico	0,650	0,358	6,568	0,031*	-0,107	-2,563	0,031*
<b>Gestão do peso</b>							
Panfletos/brochuras	0,634	0,327	5,370	0,049*	0,230	2,317	0,049*
<b>Uso de substâncias</b>							
Televisão	0,738	0,487	9,558	0,015*	-0,150	-3,092	0,015*
<b>Segurança pessoal</b>							
Farmacêutico	0,716	0,459	9,470	0,013*	-0,118	-3,077	0,013*
<b>Parâmetros de desempenho</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Planeamento de processo</b>							
Amigos	0,729	0,454	6,818	0,040*	-0,250	-2,611	0,040*
<b>Cultura: Não portuguesa</b>							
<b>Áreas temáticas</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Gestão do stresse</b>							
Médico	0,603	0,324	9,143	0,008**	0,109	3,024	0,008**
<b>Saúde reprodutiva/ sexual</b>							
Médico	0,450	0,160	4,814	0,041*	0,082	2,194	0,041*
<b>Exercício físico</b>							
Revistas	0,477	0,187	5,598	0,029*	0,143	2,366	0,029*
<b>Gestão do peso</b>							
Farmacêutico	0,519	0,224	5,893	0,027*	0,100	2,428	0,027*
<b>Prevenção de doenças cancerígenas</b>							
Médico	0,632	0,344	7,299	0,021*	0,097	2,702	0,021*
<b>Parâmetros de desempenho</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Conhecimento base</b>							
Médico	0,618	0,326	6,801	0,024*	0,101	2,608	0,024*

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXXIX - Análise de regressão linear da aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde como preditora da literacia em saúde (método *Enter*)

Aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Literacia em saúde total	0,166	0,027	26,701	0,000**	0,055	5,167	0,000**
Áreas temáticas	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Gestão do <i>stresse</i>	0,138	0,018	22,131	0,000**	0,063	4,704	0,000**
Saúde reprodutiva/ sexual	0,113	0,012	14,404	0,000**	0,040	3,795	0,000**
Exercício físico	0,180	0,032	39,653	0,000**	0,082	6,297	0,000**
Gestão do peso	0,074	0,005	6,339	0,012*	0,038	2,518	0,012*
Uso de substâncias	0,129	0,016	20,024	0,000**	0,060	4,475	0,000**
Segurança pessoal	0,064	0,003	4,842	0,028*	0,033	2,200	0,028*
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,114	0,012	14,737	0,000**	0,057	3,839	0,000**
Prevenção de doenças cancerígenas	0,182	0,032	36,205	0,000**	0,100	6,017	0,000**
Advocacia da saúde	0,087	0,007	8,502	0,004**	0,069	2,916	0,004**
Parâmetros de desempenho	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento base	0,163	0,026	29,238	0,000**	0,061	5,407	0,000**
Aquisição de informação	0,157	0,024	27,252	0,000**	0,070	5,220	0,000**
Implementação de estratégia	0,143	0,019	20,996	0,000**	0,055	4,582	0,000**
Fatores que influenciam	0,114	0,012	14,835	0,000**	0,079	3,852	0,000**
Competências de comunicação	0,107	0,011	13,740	0,000**	0,049	3,707	0,000**
Planeamento e processo	0,087	0,007	8,346	0,004**	0,040	2,889	0,004**
Advocacia	0,087	0,007	8,502	0,004**	0,069	2,916	0,004**
<b>Sexo: Masculino</b>							
Aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Literacia em saúde total	0,125	0,014	7,919	0,005**	0,045	2,814	0,005**
Áreas temáticas	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Gestão do <i>stresse</i>	0,089	0,006	4,765	0,029*	0,046	2,183	0,029*
Saúde reprodutiva/ sexual	0,086	0,006	4,350	0,037*	0,034	2,086	0,037*
Exercício físico	0,170	0,027	18,621	0,000**	0,087	4,315	0,000**
Gestão do peso	0,022	-0,001	0,295	0,587	0,012	0,543	0,587
Uso de substâncias	0,062	0,002	2,438	0,119	0,031	1,561	0,119
Segurança pessoal	0,035	0,000	0,742	0,389	0,020	0,861	0,389
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,089	0,006	4,670	0,031*	0,049	2,161	0,031*
Prevenção de doenças cancerígenas	0,117	0,012	7,797	0,005**	0,068	2,792	0,005**
Advocacia da saúde	0,030	-0,001	0,523	0,470	0,025	0,723	0,470
Parâmetros de desempenho	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento base	0,108	0,010	6,625	0,010**	0,044	2,574	0,010**
Aquisição de informação	0,126	0,014	9,175	0,003**	0,061	3,029	0,003**
Implementação de estratégia	0,096	0,007	4,927	0,027*	0,041	2,220	0,027*
Fatores que influenciam	0,109	0,010	7,008	0,008**	0,082	7,008	0,008**
Competências de comunicação	0,082	0,005	4,217	0,040*	0,044	2,054	0,040*
Planeamento e processo	0,040	0,000	0,927	0,336	0,020	-0,963	0,336
Advocacia	0,030	-0,001	0,523	0,470	0,025	0,723	0,470
<b>Sexo: Feminino</b>							
Aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>

Literacia em saúde total	0,023	-0,002	0,225	0,635	-0,006	-0,475	0,635
<b>Áreas temáticas</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Gestão do <i>stresse</i>	0,042	0,000	0,941	0,333	0,016	0,970	0,333
Saúde reprodutiva/ sexual	0,026	-0,001	0,358	0,550	-0,008	-0,598	0,550
Exercício físico	0,008	-0,002	0,039	0,843	0,003	0,198	0,843
Gestão do peso	0,013	-0,002	0,089	0,765	0,006	0,299	0,765
Uso de substâncias	0,041	0,000	0,923	0,337	0,018	0,961	0,337
Segurança pessoal	0,028	-0,001	0,431	0,512	-0,012	-0,657	0,512
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,011	-0,002	0,062	0,804	0,005	0,249	0,804
Prevenção de doenças cancerígenas	0,045	0,000	1,000	0,318	0,022	1,000	0,318
Advocacia da saúde	0,006	-0,002	0,018	0,892	-0,004	-0,135	0,892
<b>Parâmetros de desempenho</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Conhecimento base	0,045	0,000	1,014	0,314	0,014	1,007	0,314
Aquisição de informação	0,008	-0,002	0,033	0,856	-0,003	-0,182	0,856
Implementação de estratégia	0,018	-0,002	0,158	0,691	0,006	0,398	0,691
Fatores que influenciam	0,039	0,000	0,826	0,364	0,027	0,909	0,364
Competências de comunicação	0,001	-0,002	0,001	0,976	0,000	-0,030	0,976
Planeamento e processo	0,052	0,001	1,366	0,243	-0,021	-1,169	0,243
Advocacia	0,006	-0,002	0,018	0,892	-0,004	-0,135	0,892
<b>Idade: 14 a 16 anos</b>							
<b>Aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Literacia em saúde total	0,142	0,018	11,211	0,001**	0,043	3,348	0,001**
<b>Áreas temáticas</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Gestão do <i>stresse</i>	0,139	0,018	13,282	0,000**	0,061	3,644	0,000**
Saúde reprodutiva/ sexual	0,067	0,003	3,032	0,082	0,022	1,741	0,082
Exercício físico	0,161	0,025	18,875	0,000**	0,070	4,345	0,000**
Gestão do peso	0,079	0,005	4,364	0,037*	0,041	2,089	0,037*
Uso de substâncias	0,140	0,018	10,077	0,000**	0,062	3,752	0,000**
Segurança pessoal	0,012	-0,001	0,101	0,751	0,006	0,317	0,751
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,072	0,004	3,473	0,063	0,034	1,863	0,063
Prevenção de doenças cancerígenas	0,159	0,024	16,184	0,000**	0,086	4,023	0,000**
Advocacia da saúde	0,050	0,001	1,610	0,205	0,039	1,269	0,205
<b>Parâmetros de desempenho</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Conhecimento base	0,151	0,021	14,571	0,000**	0,053	3,817	0,000**
Aquisição de informação	0,145	0,020	13,587	0,000**	0,063	3,686	0,000**
Implementação de estratégia	0,113	0,011	7,699	0,006**	0,042	2,775	0,006**
Fatores que influenciam	0,111	0,011	8,130	0,004**	0,076	2,851	0,004**
Competências de comunicação	0,089	0,007	5,641	0,018*	0,039	2,375	0,018*
Planeamento e processo	0,050	0,001	1,588	0,208	0,022	1,260	0,208
Advocacia	0,050	0,001	1,610	0,205	0,039	1,269	0,205
<b>Idade: 17 a 20 anos</b>							
<b>Aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Literacia em saúde total	0,193	0,037	15,210	0,000**	0,069	3,900	0,000**
<b>Áreas temáticas</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>

Gestão do <i>stresse</i>	0,132	0,015	8,150	0,005**	0,063	2,855	0,005**
Saúde reprodutiva/ sexual	0,165	0,025	12,634	0,000**	0,062	3,554	0,000**
Exercício físico	0,197	0,037	19,195	0,000**	0,096	4,381	0,000**
Gestão do peso	0,067	0,002	2,140	0,144	0,034	1,463	0,144
Uso de substâncias	0,121	0,013	7,063	0,008**	0,060	2,658	0,008**
Segurança pessoal	0,138	0,017	9,244	0,003**	0,072	3,037	0,003**
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,160	0,023	12,134	0,001**	0,085	3,483	0,001**
Prevenção de doenças cancerígenas	0,208	0,041	19,646	0,000**	0,117	4,432	0,000**
Advocacia da saúde	0,140	0,017	9,172	0,003**	0,112	3,028	0,003**
<b>Parâmetros de desempenho</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Conhecimento base	0,178	0,029	14,296	0,000**	0,072	3,781	0,000**
Aquisição de informação	0,163	0,024	12,221	0,001**	0,075	3,496	0,001**
Implementação de estratégia	0,178	0,029	13,669	0,000**	0,072	3,697	0,000**
Fatores que influenciam	0,114	0,011	6,029	0,014*	0,080	2,455	0,014*
Competências de comunicação	0,132	0,015	8,327	0,004**	0,063	2,886	0,004**
Planeamento e processo	0,128	0,014	7,452	0,007**	0,062	2,730	0,007**
Advocacia	0,140	0,017	9,172	0,003**	0,112	3,028	0,003**
<b>Língua melhor dominada para ler e escrever: Não portuguesa</b>							
<b>Aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Literacia em saúde total	0,240	-0,037	0,612	0,452	0,077	0,782	0,452
<b>Áreas temáticas</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Gestão do <i>stresse</i>	0,319	0,061	2,500	0,128	0,122	1,581	0,128
Saúde reprodutiva/ sexual	0,317	0,055	2,233	0,151	0,105	1,494	0,151
Exercício físico	0,364	0,089	3,046	0,096	0,174	1,745	0,096
Gestão do peso	0,442	0,151	4,378	0,051	0,240	2,092	0,051
Uso de substâncias	0,391	0,115	3,976	0,059	0,171	1,994	0,059
Segurança pessoal	0,216	0,005	1,125	0,300	0,108	1,061	0,300
Prevenção de doenças cardiovasculares	0,140	-0,029	0,402	0,533	0,074	0,634	0,533
Prevenção de doenças cancerígenas	0,326	0,043	1,668	0,217	0,156	1,292	0,217
Advocacia da saúde	0,049	-0,053	0,044	0,837	0,045	0,209	0,837
<b>Parâmetros de desempenho</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Conhecimento base	0,149	-0,059	0,274	0,610	0,051	0,524	0,610
Aquisição de informação	0,483	0,182	4,561	0,050*	0,211	2,136	0,050*
Implementação de estratégia	0,562	0,259	5,541	0,036*	0,221	2,354	0,036*
Fatores que influenciam	0,388	0,101	3,014	0,101	0,267	1,736	0,101
Competências de comunicação	0,017	-0,043	0,007	0,936	0,008	0,081	0,936
Planeamento e processo	0,052	-0,080	0,032	0,861	-0,022	-0,179	0,861
Advocacia	0,049	-0,053	0,044	0,837	0,045	0,209	0,837
<b>Língua melhor dominada para comunicar com os amigos e nas relações sociais: Não portuguesa</b>							
<b>Aquisição de panfletos/brochuras sobre saúde</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Literacia em saúde total	0,691	0,390	5,469	0,058	0,178	2,339	0,058
<b>Áreas temáticas</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Gestão do <i>stresse</i>	0,294	-0,028	0,758	0,409	0,143	0,870	0,409
Saúde reprodutiva/ sexual	0,946	0,880	59,747	0,000**	0,325	7,730	0,000**



<b>Exercício físico</b>	0,157	-0,084	0,227	0,645	-0,056	-0,476	0,645
<b>Gestão do peso</b>	0,849	0,685	20,571	0,002**	0,480	4,536	0,002**
<b>Uso de substâncias</b>	0,073	-0,119	0,043	0,840	0,033	0,208	0,840
<b>Segurança pessoal</b>	0,108	-0,098	0,106	0,753	-0,033	-0,325	0,753
<b>Prevenção de doenças cardiovasculares</b>	0,158	-0,114	0,179	0,685	0,075	0,424	0,685
<b>Prevenção de doenças cancerígenas</b>	0,493	0,117	1,923	0,215	0,208	1,387	0,215
<b>Advocacia da saúde</b>	0,200	-0,080	0,333	0,580	0,100	0,577	0,580
<b>Parâmetros de desempenho</b>	<b><i>R</i></b>	<b><i>R</i><sup>2</sup></b>	<b><i>F</i></b>	<b><i>p</i></b>	<b><i>B</i></b>	<b><i>t</i></b>	<b><i>p</i></b>
<b>Conhecimento base</b>	0,371	0,015	1,119	0,325	0,112	1,058	0,325
<b>Aquisição de informação</b>	0,694	0,408	6,505	0,038*	0,283	2,550	0,038*
<b>Implementação de estratégia</b>	0,356	-0,019	0,871	0,387	0,115	0,993	0,387
<b>Fatores que influenciam</b>	0,632	0,325	5,333	0,050*	0,400	2,309	0,050*
<b>Competências de comunicação</b>	0,076	-0,105	0,052	0,824	-0,025	-0,229	0,824
<b>Planeamento e processo</b>	0,438	0,057	1,421	0,278	0,150	1,192	0,278
<b>Advocacia</b>	0,200	-0,080	0,333	0,580	0,100	0,577	0,580

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Tabela XXXX - Análise de regressão linear da informação sobre saúde contida nos panfletos/brochuras como preditoras da literacia em saúde (método *Stepwise*)

Literacia em saúde total	R	R <sup>2</sup>	F	p	B	t	p
Leitura imediata assim que são recebidos	0,182	0,032	32,049	0,000**	0,026	5,661	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,206	0,040	20,774	0,000**	0,017	3,214	0,001**
Utilidade da informação					0,020	3,036	0,002**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,232	0,051	17,721	0,000**	0,019	3,572	0,000**
Utilidade da informação					0,023	3,460	0,001**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,025	-3,341	0,001**
Áreas temáticas	R	R <sup>2</sup>	F	p	B	t	p
Gestão do stresse							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,171	0,029	34,419	0,000**	0,034	5,867	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,190	0,034	21,191	0,000**	0,037	3,615	0,005**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,026	-2,785	
Leitura imediata assim que são recebidos	0,206	0,040	16,753	0,000**	0,028	4,019	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,030	-3,153	0,002**
Utilidade da informação					0,024	2,762	0,006**
Saúde reprodutiva/ sexual							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,168	0,028	32,519	0,000**	0,026	5,703	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,187	0,033	20,217	0,000**	0,018	3,372	0,001**
Utilidade da informação					0,018	2,778	0,006**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,197	0,036	14,936	0,000**	0,019	3,569	0,000**
Utilidade da informação					0,020	3,023	0,003**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,015	-2,063	0,039*
Exercício físico							
Utilidade da informação	0,174	0,029	36,894	0,000**	0,043	6,074	0,000**
Utilidade da informação	0,195	0,036	23,300	0,000**	0,048	6,612	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,028	-3,073	0,002**
Utilidade da informação	0,213	0,043	18,642	0,000**	0,035	4,176	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,031	-3,384	0,001**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,020	3,002	0,003**
Gestão do peso							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,108	0,011	13,527	0,000**	0,024	3,678	0,000**
Uso de substâncias							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,138	0,018	22,842	0,000**	0,028	4,779	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,158	0,023	15,003	0,000**	0,031	5,225	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,025	-2,655	0,008**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,177	0,029	12,643	0,000**	0,021	3,062	0,002**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,029	-2,987	0,003**
Utilidade da informação					0,024	2,784	0,005**
Segurança pessoal							
Utilidade da informação	0,115	0,012	15,800	0,000**	0,032	3,975	0,000**
Utilidade da informação	0,132	0,016	10,388	0,000**	0,036	4,369	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,023	-2,219	0,027*
Utilidade da informação	0,145	0,019	8,433	0,000**	0,025	2,674	0,008**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,025	-2,431	0,015*
Leitura imediata assim que são recebidos					0,016	2,112	0,035*
Prevenção de doenças cardiovasculares							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,147	0,021	24,588	0,000**	0,032	4,959	0,000**

Leitura imediata assim que são recebidos	0,164	0,025	15,555	0,000**	0,022	2,827	0,005**
Utilidade da informação					0,024	2,530	0,012*
Leitura imediata assim que são recebidos					0,024	3,099	0,002**
Utilidade da informação	0,181	0,030	12,693	0,000**	0,027	2,877	0,004**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,028	-2,609	0,009**
<b>Prevenção de doenças cancerígenas</b>							
Utilidade da informação	0,136	0,018	20,018	0,000**	0,041	4,474	0,000**
Utilidade da informação					0,047	5,023	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,161	0,024	14,106	0,000**	-0,034	-0,089	0,005**
Utilidade da informação					0,033	3,064	0,002**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,178	0,029	11,499	0,000**	-0,037	-3,105	0,002**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,021	2,479	0,013
<b>Advocacia da saúde</b>							
Utilidade da informação	0,137	0,018	21,183	0,000**	0,058	4,603	0,000**
<b>Parâmetros de desempenho</b>							
	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Conhecimento base</b>							
Utilidade da informação	0,177	0,030	34,370	0,000**	0,036	5,863	0,000**
Utilidade da informação					0,041	6,500	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,204	0,040	23,228	0,000**	-0,027	-3,426	0,001**
Utilidade da informação					0,029	4,019	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,225	0,048	18,903	0,000**	-0,030	-3,733	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,018	3,141	0,002**
<b>Aquisição de informação</b>							
Utilidade da informação	0,183	0,033	37,371	0,000**	0,044	6,113	0,000**
Utilidade da informação					0,050	6,750	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,210	0,042	24,727	0,000**	-0,032	-3,422	0,001
Utilidade da informação					0,038	4,399	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,224	0,048	18,997	0,000**	-0,035	-3,703	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,019	2,693	0,007**
<b>Implementação de estratégia</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,181	0,032	34,151	0,000**	0,030	5,844	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,032	6,146	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,192	0,035	19,169	0,000**	-0,017	-2,020	0,044*
Leitura imediata assim que são recebidos					0,026	4,224	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,203	0,038	14,392	0,000**	-0,020	-2,307	0,021
Utilidade da informação					0,017	2,168	0,030
<b>Fatores que influenciam</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,122	0,014	16,791	0,000**	0,037	4,098	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,041	4,431	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,136	0,017	10,409	0,000**	-0,029	-1,996	0,046*
<b>Competências de comunicação</b>							
Utilidade da informação	0,151	0,022	27,507	0,000**	0,037	5,245	0,000**
Utilidade da informação					0,028	3,328	0,001**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,163	0,025	15,968	0,000**	0,014	2,086	0,037*
<b>Planeamento e processo</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,126	0,015	17,608	0,000**	0,025	4,196	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,028	4,540	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,142	0,018	11,109	0,000**	-0,021	-2,134	0,033*

<b>Advocacia</b>							
Utilidade da informação	0,137	0,018	21,183	0,000**	0,058	4,603	0,000**
<b>Sexo: Masculino</b>							
<b>Literacia em saúde total</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Leitura imediata assim que são recebidos	0,174	0,028	15,463	0,000**	0,026	3,932	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,223	0,046	12,997	0,000**	0,031	4,603	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					*0,033	-3,201	0,001**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,021	2,776	0,006**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,247	0,055	10,727	0,000**	-0,036	-3,481	0,001**
Utilidade da informação					0,022	2,435	0,015*
<b>Áreas temáticas</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Gestão do stresse</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,147	0,020	13,110	0,000**	0,031	3,621	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,174	0,027	9,222	0,000**	0,036	4,050	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,032	-2,289	0,022*
<b>Saúde reprodutiva/ sexual</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,150	0,021	13,509	0,000**	0,025	3,675	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,180	0,029	9,785	0,000**	0,028	4,135	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,026	-2,439	0,015*
Leitura imediata assim que são recebidos					0,020	2,475	0,014*
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,200	0,035	8,062	0,000**	-0,028	-2,668	0,008**
Utilidade da informação					0,020	2,121	0,034*
<b>Exercício físico</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,180	0,031	20,989	0,000**	0,038	4,581	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,234	0,052	18,084	0,000**	0,045	5,389	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,051	-3,837	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,030	3,145	0,002**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,261	0,064	15,186	0,000**	-0,055	-4,169	0,000**
Utilidade da informação					0,035	2,988	0,003**
<b>Gestão do peso</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,131	0,016	10,648	0,001**	0,029	3,263	0,001**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,154	0,021	7,397	0,001**	0,034	3,656	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,029	-2,023	0,044*
<b>Uso de substâncias</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,135	0,017	11,465	0,001**	0,027	3,386	0,001**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,165	0,024	8,716	0,000**	0,032	3,865	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,031	-2,424	0,016*
<b>Segurança pessoal</b>							
Utilidade da informação	0,106	0,010	7,004	0,008**	0,031	2,647	0,008**
Utilidade da informação	0,151	0,020	7,195	0,001**	0,039	3,195	0,001**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,042	-2,704	0,007**
<b>Prevenção de doenças cardiovasculares</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,173	0,028	18,145	0,000**	0,040	4,260	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,204	0,038	12,761	0,000**	0,046	4,809	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,040	-2,681	0,008**
<b>Prevenção de doenças cancerígenas</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,104	0,009	6,110	0,014*	0,025	2,472	0,014*

Leitura imediata assim que são recebidos	0,152	0,020	6,595	0,001**	0,031	3,029	0,003**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,043	-2,649	0,008**
Advocacia da saúde							
Utilidade da informação	0,124	0,014	9,209	0,003**	0,052	3,035	0,003**
Parâmetros de desempenho	R	R²	F	p	B	t	p
Conhecimento base							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,160	0,024	14,907	0,000**	0,027	3,861	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,197	0,035	11,365	0,000**	0,031	4,415	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,031	-2,765	0,006**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,022	2,620	0,009**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,219	0,043	9,457	0,000**	-0,034	-3,048	0,002**
Utilidade da informação					0,024	2,337	0,020*
Aquisição de informação							
Utilidade da informação	0,162	0,024	15,222	0,000**	0,039	3,901	0,000**
Utilidade da informação	0,229	0,049	15,620	0,000**	0,048	4,724	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,052	-3,953	0,000**
Utilidade da informação					0,034	2,887	0,004**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,247	0,056	12,249	0,000**	-0,056	-4,238	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,022	2,296	0,022*
Implementação de estratégia							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,189	0,034	19,495	0,000**	0,033	4,415	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,235	0,052	15,426	0,000**	0,039	5,092	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,040	-3,315	0,001**
Fatores que influenciam							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,170	0,029	17,320	0,000**	0,052	4,162	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,191	0,033	11,037	0,000**	0,059	4,571	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,044	-2,156	0,032*
Competências de comunicação							
Utilidade da informação	0,130	0,015	10,672	0,001**	0,035	3,267	0,001**
Planeamento e processo							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,098	0,008	5,527	0,019*	0,020	2,351	0,019*
Leitura imediata assim que são recebidos	0,133	0,014	5,118	0,006*	0,025	2,786	0,006**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,030	-2,162	0,031*
Advocacia							
Utilidade da informação	0,124	0,014	9,209	0,003**	0,052	3,035	0,003**
Sexo: Feminino							
Áreas temáticas	R	R²	F	p	B	t	p
Gestão do stresse							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,094	0,007	4,798	0,029*	0,016	2,190	0,029*
Idade: 14 a 16 anos							
Literacia em saúde total	R	R²	F	p	B	t	p
Leitura imediata assim que são recebidos	0,197	0,037	21,984	0,000**	0,026	4,689	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,217	0,043	13,433	0,000**	0,018	2,813	0,005**
Utilidade da informação					0,018	2,175	0,030*
Áreas temáticas	R	R²	F	p	B	t	p
Gestão do stresse							

Leitura imediata assim que são recebidos	0,204	0,040	29,354	0,000**	0,039	5,418	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,227	0,049	18,302	0,000**	0,027	3,130	0,002**
Utilidade da informação					0,028	2,644	0,008**
<b>Saúde reprodutiva/ sexual</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,174	0,029	20,716	0,000**	0,025	4,551	0,000**
<b>Exercício físico</b>							
Utilidade da informação	0,143	0,019	14,818	0,000**	0,033	3,849	0,000**
<b>Gestão do peso</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,123	0,014	10,499	0,001**	0,027	3,240	0,001**
<b>Uso de substâncias</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,167	0,026	20,058	0,000**	0,032	4,479	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,183	0,031	12,081	0,000**	0,023	2,672	0,008**
Utilidade da informação					0,021	2,004	0,045*
<b>Segurança pessoal</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,110	0,011	8,649	0,003**	0,024	2,941	0,003**
<b>Prevenção de doenças cardiovasculares</b>							
Utilidade da informação	0,131	0,016	11,534	0,001**	0,033	3,396	0,001**
<b>Prevenção de doenças cancerígenas</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,158	0,023	15,848	0,000**	0,036	3,981	0,000**
<b>Advocacia da saúde</b>							
Utilidade da informação	0,156	0,023	16,246	0,000**	0,065	4,031	0,000**
<b>Parâmetros de desempenho</b>							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Conhecimento base</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,182	0,031	21,384	0,000**	0,027	4,624	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,203	0,038	13,471	0,000**	0,018	2,622	0,009**
Utilidade da informação					0,020	2,326	0,020*
<b>Aquisição de informação</b>							
Utilidade da informação	0,210	0,043	29,116	0,000**	0,048	5,396	0,000**
Utilidade da informação	0,226	0,048	16,819	0,000**	0,036	3,366	0,001**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,018	2,089	0,037*
<b>Implementação de estratégia</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,196	0,037	23,567	0,000**	0,031	4,855	0,000**
<b>Fatores que influenciam</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,157	0,023	16,464	0,000**	0,046	4,058	0,000**
<b>Competências de comunicação</b>							
Utilidade da informação	0,179	0,031	23,242	0,000**	0,042	4,821	0,000**
<b>Planeamento e processo</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,128	0,015	10,560	0,001**	0,024	3,250	0,001**
<b>Advocacia</b>							
Utilidade da informação	0,156	0,023	16,246	0,000**	0,065	4,031	0,000**
<b>Idade: 17 a 20 anos</b>							
<b>Literacia em saúde total</b>							
	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Utilidade da informação	0,169	0,026	11,476	0,001**	0,033	3,388	0,001**
Utilidade da informação	0,245	0,055	12,467	0,000**	0,042	4,210	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,046	-3,620	0,000**

Utilidade da informação					0,021	2,257	0,025*
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,269	0,065	10,097	0,000**	0,029	2,546	0,011*
Leitura imediata assim que são recebidos					-0,049	-3,875	0,000**
<b>Áreas temáticas</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Gestão do stresse</b>							
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,159	0,023	11,852	0,001**	-0,055	-3,443	0,001**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					0,035	3,557	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,227	0,047	12,402	0,000**	-0,066	-4,137	0,000**
<b>Saúde reprodutiva/ sexual</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,159	0,023	11,658	0,001**	0,027	3,414	0,001**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,032	4,080	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,219	0,044	11,249	0,000**	-0,041	-3,254	0,001**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,022	2,361	0,019*
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,244	0,053	9,373	0,000**	-0,045	-3,576	0,000**
Utilidade da informação					0,026	2,324	0,021*
<b>Exercício físico</b>							
Utilidade da informação	0,204	0,040	20,511	0,000**	0,055	4,529	0,000**
Utilidade da informação					0,063	5,065	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,236	0,052	13,891	0,000**	-0,042	-2,648	0,008**
Utilidade da informação					0,046	03,268	0,001**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,257	0,060	11,105	0,000**	-0,046	-2,896	0,004**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,026	2,298	0,022*
<b>Gestão do peso</b>							
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,106	0,009	5,281	0,022*	-0,039	-2,298	0,022*
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					0,025	2,388	0,017*
Leitura imediata assim que são recebidos	0,152	0,019	5,519	0,004**	-0,047	-2,767	0,006**
<b>Uso de substâncias</b>							
Utilidade da informação	0,115	0,011	6,355	0,012*	0,032	2,521	0,012*
Utilidade da informação Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,155	0,020	5,803	0,003**	0,039	3,003	0,003**
					-0,038	-2,279	0,023*
<b>Segurança pessoal</b>							
Utilidade da informação	0,138	0,017	9,063	0,003**	0,040	3,010	0,003**
Utilidade da informação					0,051	3,792	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,208	0,039	10,599	0,000**	-0,060	-3,453	0,001**
<b>Prevenção de doenças cardiovasculares</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,170	0,027	13,630	0,000**	0,040	3,692	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,047	4,278	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,217	0,043	11,339	0,000**	-0,053	-2,969	0,003**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,031	1,966	0,050*
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,235	0,049	8,895	0,000**	0,035	2,762	0,006**
Utilidade da informação					-0,059	-3,260	0,001**
<b>Prevenção de doenças cancerígenas</b>							
Utilidade da informação	0,143	0,018	9,082	0,003**	0,045	3,014	0,003**
Utilidade da informação					0,057	3,654	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,195	0,033	8,499	0,000**	-0,055	-2,788	0,006**
<b>Advocacia da saúde</b>							
Utilidade da informação	0,109	0,010	5,481	0,020*	0,049	2,341	0,020*
<b>Parâmetros de desempenho</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>

<b>Conhecimento base</b>							
Utilidade da informação	0,177	0,029	14,153	0,000**	0,040	3,762	0,000**
Utilidade da informação	0,247	0,057	14,123	0,000**	0,050	4,591	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,051	-3,699	0,000**
<b>Aquisição de informação</b>							
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,148	0,020	29,116	0,000**	-0,049	-3,159	0,002**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,229	0,048	16,819	0,000**	0,046	3,777	0,000**
Utilidade da informação					-0,064	-4,037	0,000**
<b>Implementação de estratégia</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,163	0,024	11,270	0,001**	0,029	3,357	0,001**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,238	0,052	12,349	0,000**	0,036	4,143	0,000**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,051	-3,619	0,000**
Leitura imediata assim que são recebidos					0,025	2,497	0,013*
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,261	0,062	10,076	0,000**	-0,056	-3,953	0,000**
Utilidade da informação					0,029	2,296	0,022*
<b>Competências de comunicação</b>							
Utilidade da informação	0,110	0,010	5,791	0,016*	0,029	2,407	0,016*
Utilidade da informação	0,146	0,017	5,129	0,006**	0,035	2,851	0,005**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,034	-2,104	0,036*
<b>Planeamento e processo</b>							
Leitura imediata assim que são recebidos	0,126	0,014	7,171	0,008**	0,027	2,678	0,008**
Leitura imediata assim que são recebidos	0,163	0,022	6,031	0,003**	0,032	3,088	0,002**
Leitura conjunta com o profissional que os entrega					-0,037	-2,198	0,028*
<b>Advocacia</b>							
Utilidade da informação	0,109	0,010	5,481	0,020*	0,049	2,341	0,020*
<b>Língua melhor dominada para ler e escrever: Não portuguesa</b>							
<b>Áreas temáticas</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Uso de substâncias</b>							
Utilidade da informação	0,496	0,212	7,191	0,014*	0,106	2,682	0,014*
<b>Língua melhor dominada para comunicar com a família: Não portuguesa</b>							
<b>Literacia em saúde total</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Leitura imediata assim que são recebidos	0,550	0,252	6,066	0,027*	-0,084	-2,463	0,027*
<b>Parâmetros de desempenho</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Implementação de estratégia</b>							
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,556	0,268	7,587	0,014*	-0,120	-2,755	0,014
<b>Planeamento e processo</b>							
Leitura conjunta com o profissional que os entrega	0,547	0,260	7,676	0,013*	-0,159	-2,771	0,013*

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$



Tabela XXXXI - Análise de regressão linear dos tópicos de informação em saúde como preditores da literacia em saúde (método *Stepwise*)

Literacia em saúde total	R	R²	F	p	B	t	p
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,266	0,070	71,471	0,000**	0,102	8,454	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,281	0,077	40,377	0,000**	0,099	8,173	0,000**
Nutrição					0,032	2,949	0,003**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,299	0,086	30,714	0,000**	0,108	8,729	0,000**
Nutrição					0,040	3,572	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,037	-3,250	0,001**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,310	0,092	24,883	0,000**	0,111	8,978	0,000**
Nutrição					0,038	3,435	0,001**
Fumar (deixar de)					-0,038	-3,349	0,001**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,027	2,611	0,009**
Áreas temáticas	R	R²	F	p	B	t	p
Gestão do stresse							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,196	0,038	45,545	0,000**	0,103	6,749	0,000**
Saúde reprodutiva/ sexual							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,213	0,045	53,196	0,000**	0,086	7,294	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,224	0,048	29,434	0,000**	0,083	6,992	0,000**
Nutrição					0,026	2,337	0,020*
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,235	0,053	21,861	0,000**	0,090	7,404	0,000**
Nutrição					0,031	2,769	0,006**
Fumar (deixar de)					-0,029	-2,536	0,011*
Exercício físico							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,173	0,029	36,464	0,000**	0,090	6,039	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,210	0,042	27,231	0,000**	0,083	5,555	0,000**
Nutrição					0,058	4,182	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,229	0,050	21,822	0,000**	0,088	5,871	0,000**
Nutrição					0,055	4,022	0,000**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,042	3,250	0,001**
Gestão do peso							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,171	0,028	34,665	0,000**	0,100	5,888	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,180	0,031	19,340	0,000**	0,096	5,641	0,000**
Nutrição					0,031	1,981	0,048**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,190	0,033	14,349	0,000**	0,104	5,971	0,000**
Nutrição					0,037	2,339	0,019*
Fumar (deixar de)					-0,034	-2,063	0,039*
Uso de substâncias							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,130	0,016	20,158	0,000**	0,069	4,490	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,148	0,020	13,095	0,000**	0,079	4,957	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,035	-2,439	0,015*
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,159	0,023	10,206	0,000**	0,076	4,819	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,041	-2,793	0,005**
Nutrição					0,030	2,086	0,037*
Segurança pessoal							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,110	0,011	14,384	0,000**	0,064	3,793	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,134	0,016	10,818	0,000**	0,059	3,469	0,001**
Nutrição					0,042	2,679	0,007**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,147	0,019	8,631	0,000**	0,062	3,645	0,000**

Nutrição					0,040	2,561	0,011**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,030	2,049	0,041*
<b>Prevenção de doenças cardiovasculares</b>							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,205	0,041	49,423	0,000**	0,118	7,030	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,220	0,048	28,533	0,000**	0,114	6,724	0,000**
Nutrição					0,042	2,713	0,007**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)					0,123	7,111	0,000**
Nutrição	0,231	0,051	21,034	0,000**	0,050	3,133	0,002**
Fumar (deixar de)					-0,039	-2,407	0,016*
<b>Prevenção de doenças cancerígenas</b>							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,161	0,025	28,291	0,000**	0,103	5,319	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,192	0,035	20,377	0,000**	0,109	5,605	0,000**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,588	3,488	0,001**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)					0,102	5,300	0,000**
Saúde oral (dentes e gengivas)	0,208	0,041	15,986	0,000**	0,056	3,340	0,001**
Nutrição					0,047	2,641	0,008**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)					0,116	5,857	0,000**
Saúde oral (dentes e gengivas)	0,226	0,048	14,267	0,000**	0,057	3,435	0,001**
Nutrição					0,057	3,175	0,002**
Fumar (deixar de)					-0,054	-2,959	0,003**
<b>Advocacia da saúde</b>							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,148	0,021	25,044	0,000**	0,136	5,004	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,164	0,025	15,310	0,000**	0,129	4,734	0,000**
Nutrição					0,059	2,340	0,019*
<b>Parâmetros de desempenho</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Conhecimento base</b>							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,201	0,040	45,058	0,000**	0,087	6,713	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,214	0,044	25,663	0,000**	0,095	7,121	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,030	-2,461	0,014*
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)					0,098	7,343	0,000**
Fumar (deixar de)	0,227	0,049	19,296	0,000**	-0,031	-2,579	0,010**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,028	2,511	0,012*
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)					0,096	7,205	0,000**
Fumar (deixar de)	0,238	0,053	15,983	0,000**	-0,037	-2,992	0,003**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,027	2,411	0,016*
Nutrição					0,029	2,405	0,016*
<b>Aquisição de informação</b>							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,247	0,060	69,867	0,000**	0,127	8,359	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,262	0,067	39,855	0,000**	0,122	8,028	0,000**
Nutrição					0,042	3,050	0,002**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)					0,125	8,218	0,000**
Nutrição	0,272	0,071	28,658	0,000**	0,041	2,917	0,004**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,032	2,430	0,015*
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)					0,134	8,569	0,000**
Nutrição	0,281	0,076	23,053	0,000**	0,047	3,334	0,001**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,033	2,490	0,013*
Fumar (deixar de)					-0,035	-2,418	0,016*
<b>Implementação de estratégia</b>							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,233	0,053	57,814	0,000**	0,103	7,604	0,000**

Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,242	0,057	31,394	0,000**	0,100	7,354	0,000**
Nutrição					0,027	2,182	0,029*
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,252	0,061	22,840	0,000**	0,108	7,708	0,000**
Nutrição					0,033	2,614	0,009**
Fumar (deixar de)					-0,030	-2,335	0,020*
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,260	0,064	18,250	0,000**	0,111	7,892	0,000**
Nutrição					0,032	2,513	0,012*
Fumar (deixar de)					-0,031	-2,417	0,016*
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,024	2,064	0,039*
<b>Fatores que influenciam</b>							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,123	0,014	17,267	0,000**	0,099	4,155	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,139	0,018	11,036	0,000**	0,093	3,894	0,000**
Nutrição					0,048	2,193	0,029*
<b>Competências de comunicação</b>							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,098	0,009	11,542	0,001**	0,051	3,397	0,001**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,117	0,012	8,183	0,000**	0,054	3,574	0,000**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,029	2,188	0,029*
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,131	0,015	6,888	0,000**	0,050	3,312	0,001**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,027	2,071	0,039*
Nutrição					0,029	2,063	0,039*
<b>Planeamento e processo</b>							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,172	0,029	33,327	0,000**	0,092	5,773	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,210	0,042	24,951	0,000**	0,085	5,353	0,000**
Nutrição					0,059	4,014	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,218	0,045	18,076	0,000**	0,093	5,688	0,000**
Nutrição					0,064	4,326	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,031	-2,045	0,041*
<b>Advocacia</b>							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,148	0,021	25,044	0,000**	0,136	5,004	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,164	0,025	15,310	0,000**	0,129	4,734	0,000**
Nutrição					0,059	2,340	0,019*
<b>Sexo: Masculino</b>							
<b>Literacia em saúde total</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,300	0,088	49,206	0,000**	0,117	7,015	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,327	0,104	29,852	0,000**	0,121	7,331	0,000**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,046	3,105	0,002**
<b>Áreas temáticas</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>B</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Gestão do stresse</b>							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,230	0,052	33,379	0,000**	0,128	5,777	0,000**
<b>Saúde reprodutiva/ sexual</b>							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,241	0,056	36,245	0,000**	0,102	6,020	0,000**
<b>Exercício físico</b>							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,236	0,054	37,190	0,000**	0,130	6,098	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,270	0,070	24,663	0,000**	0,135	6,342	0,000**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,064	3,393	0,001**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,284	0,076	18,307	0,000**	0,129	6,038	0,000**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,059	3,100	0,002**
Nutrição					0,047	2,293	0,022*

Gestão do peso								
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,188	0,034	22,305	0,000**	0,110	4,723	0,000**	
Uso de substâncias								
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	2,202	0,039	26,396	0,000**	0,106	5,138	0,000**	
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,218	0,045	15,517	0,000**	0,102	4,892	0,000**	
Nutrição					0,042	2,119	0,035*	
Segurança pessoal								
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,158	0,023	15,809	0,000**	0,100	3,976	0,000**	
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,177	0,028	9,999	0,000**	0,103	4,104	0,000**	
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,045	2,027	0,043*	
Prevenção de doenças cardiovasculares								
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,222	0,048	30,665	0,000**	0,133	5,538	0,000**	
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,246	0,057	18,956	0,000**	0,138	5,751	0,000**	
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,056	2,634	0,009**	
Prevenção de doenças cancerígenas								
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,188	0,034	20,488	0,000**	0,117	4,526	0,000**	
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,228	0,049	15,358	0,000**	0,123	4,760	0,000**	
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,073	3,147	0,002**	
Advocacia da saúde								
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,127	0,014	9,639	0,002**	0,115	3,105	0,002**	
Parâmetros de desempenho		<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento base								
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,246	0,059	36,397	0,000**	0,109	6,033	0,000**	
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,274	0,072	23,006	0,000**	0,113	6,288	0,000**	
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,048	3,016	0,003**	
Aquisição de informação								
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,302	0,090	57,356	0,000**	0,158	7,573	0,000**	
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,315	0,096	34,266	0,000**	0,153	7,340	0,000**	
Nutrição					0,044	2,190	0,029*	
Implementação de estratégia								
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,251	0,061	35,751	0,000**	0,116	5,979	0,000**	
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,273	0,071	21,330	0,000**	0,120	6,196	0,000**	
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,044	2,557	0,011*	
Fatores que influenciam								
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,174	0,028	18,209	0,000**	0,140	4,267	0,000**	
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,192	0,034	11,233	0,000**	0,145	4,416	0,000**	
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,060	2,039	0,042*	
Competências de comunicação								
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,144	0,019	13,124	0,000**	0,083	3,623	0,000**	
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,164	0,024	8,525	0,000**	0,086	3,748	0,000**	
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,040	1,966	0,050*	
Planeamento e processo								
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,206	0,041	25,431	0,000**	0,111	5,043	0,000**	
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,228	0,049	15,667	0,000**	0,115	5,245	0,000**	
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,047	2,386	0,017*	
Advocacia								

Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,127	0,014	9,639	0,002**	0,115	3,105	0,002**
Sexo: Feminino							
Literacia em saúde total	R	R <sup>2</sup>	F	p	B	t	p
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,221	0,047	22,599	0,000**	0,068	4,754	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,241	0,054	13,662	0,000**	0,076	5,143	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,028	-2,113	0,035*
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,262	0,062	10,797	0,000**	0,075	5,071	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,033	-2,464	0,014*
Nutrição					0,027	2,215	0,027*
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,277	0,068	9,121	0,000**	0,072	4,880	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,023	-1,970	0,050*
Nutrição					-0,034	-2,539	0,011*
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,028	2,234	0,026*
Áreas temáticas	R	R <sup>2</sup>	F	p	B	t	p
Gestão do stress							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,152	0,021	12,865	0,000**	0,067	3,587	0,000**
Saúde reprodutiva/ sexual							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,165	0,026	14,844	0,000**	0,056	3,853	0,000**
Exercício físico							
Nutrição	0,118	0,012	7,831	0,005**	0,045	2,798	0,005**
Gestão do peso							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,147	0,020	11,993	0,001**	0,081	3,463	0,001**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,169	0,025	7,987	0,000**	0,076	3,239	0,001**
Nutrição					0,042	1,979	0,048*
Uso de substâncias							
Fumar (deixar de)	0,114	0,011	7,251	0,007**	-0,052	-2,693	0,007**
Prevenção de doenças cardiovasculares							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,186	0,033	19,096	0,000**	0,096	4,370	0,000**
Prevenção de doenças cancerígenas							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,122	0,013	7,533	0,006**	0,068	2,745	0,006**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,164	0,023	6,918	0,001**	0,084	3,302	0,001**
Fumar (deixar de)					-0,058	-2,495	0,013*
Advocacia da saúde							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,167	0,026	14,894	0,000**	0,143	3,859	0,000**
Parâmetros de desempenho	R	R <sup>2</sup>	F	p	B	t	p
Conhecimento base							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,138	0,017	9,669	0,002**	0,051	3,110	0,002**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,180	0,028	8,359	0,000**	0,062	3,703	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,040	-2,633	0,009**
Aquisição de informação							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,170	0,027	15,117	0,000**	0,075	3,888	0,000**
Implementação de estratégia							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,205	0,040	20,896	0,000**	0,076	4,571	0,000**
Fatores que influenciam							
Nutrição	0,093	0,007	4,637	0,032*	0,064	2,153	0,032*
Planeamento e processo							

Saúde oral (dentes e gengivas)	0,153	0,022	12,320	0,000**	-0,061	-3,510	0,000**
Saúde oral (dentes e gengivas)	0,209	0,040	11,689	0,000**	-0,058	-3,387	0,001**
Nutrição					0,059	3,290	0,001**
Saúde oral (dentes e gengivas)	0,228	0,046	9,281	0,000**	0,043	2,077	0,038*
Nutrição					-0,054	-3,146	0,002**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)					0,055	3,077	0,002**
Advocacia							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,167	0,026	14,894	0,000**	0,143	3,859	0,000**
Idade: 14 a 16 anos							
Literacia em saúde total	R	R²	F	p	B	t	p
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,236	0,054	32,334	0,000**	0,085	5,686	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,259	0,063	19,576	0,000**	0,080	5,353	0,000**
Nutrição					0,035	2,548	0,011*
Áreas temáticas	R	R²	F	p	B	t	p
Gestão do stresse							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,128	0,015	11,257	0,001**	0,065	3,355	0,001**
Saúde reprodutiva/ sexual							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,208	0,042	30,179	0,000**	0,081	5,494	0,000**
Exercício físico							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,149	0,031	16,114	0,000**	0,076	4,014	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,182	0,030	12,106	0,000**	0,067	3,555	0,000**
Nutrição					0,049	2,818	0,005**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,199	0,035	9,698	0,000**	0,072	3,775	0,000**
Nutrição					0,046	2,642	0,008**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,035	2,180	0,030*
Gestão do peso							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,185	0,033	24,481	0,000**	0,111	4,948	0,000**
Uso de substâncias							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,083	0,005	4,877	0,028*	0,043	2,208	0,028*
Segurança pessoal							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,120	0,013	10,240	0,001**	0,070	3,200	0,001**
Prevenção de doenças cardiovasculares							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,193	0,036	25,633	0,000**	0,108	5,063	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,212	0,042	15,507	0,000**	0,100	4,686	0,000**
Nutrição					0,045	2,284	0,023*
Prevenção de doenças cancerígenas							
Nutrição	0,134	0,017	11,474	0,001**	0,078	3,387	0,001**
Nutrição	0,169	0,026	9,173	0,000**	0,069	2,980	0,003**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)					0,066	2,601	0,010**
Nutrição	0,192	0,032	7,943	0,000**	0,076	3,265	0,001**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)					0,083	3,163	0,002**
Fumar (deixar de)					-0,054	-2,314	0,021*
Nutrição	0,207	0,037	7,943	0,000**	0,073	3,130	0,002**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)					0,088	3,352	0,001**
Fumar (deixar de)					-0,056	-2,397	0,017*
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,042	1,976	0,049*
Advocacia da saúde							

Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,141	0,018	13,303	0,000**	0,131	3,647	0,000**
Parâmetros de desempenho	R	R²	F	p	B	t	p
Conhecimento base							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,155	0,022	15,360	0,000**	0,063	3,919	0,000**
Aquisição de informação							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,212	0,043	29,577	0,000**	0,107	5,438	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,235	0,052	18,310	0,000**	0,099	5,002	0,000**
Nutrição					0,047	2,602	0,000**
Implementação de estratégia							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,210	0,042	39,729	0,000**	0,108	6,303	0,000**
Fatores que influenciam							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,101	0,009	6,704	0,010**	0,081	2,589	0,010**
Competências de comunicação							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,115	0,012	9,943	0,002**	0,059	3,081	0,002**
Planeamento e processo							
Nutrição	0,157	0,023	16,150	0,000**	0,074	4,109	0,000**
Nutrição	0,206	0,039	14,058	0,000**	0,065	3,490	0,001**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)					0,069	3,420	0,001**
Advocacia							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,141	0,018	13,303	0,000**	0,131	3,647	0,000**
Idade: 17 a 20 anos							
Literacia em saúde total	R	R²	F	p	B	t	p
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,303	0,089	39,517	0,000**	0,126	6,286	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,327	0,102	23,355	0,000**	0,133	6,623	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,048	-2,574	0,010**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,351	0,117	18,301	0,000**	0,132	6,625	0,000**
Fumar (deixar de)					0,050	2,725	0,007**
Nutrição					-0,063	-3,277	0,001**
Áreas temáticas	R	R²	F	p	B	t	p
Gestão do stresse							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,287	0,080	41,375	0,000**	0,156	6,432	0,000**
Saúde reprodutiva/ sexual							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,216	0,045	22,150	0,000**	0,091	4,706	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,238	0,052	13,521	0,000**	0,098	5,021	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,040	-2,170	0,031*
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,263	0,063	11,096	0,000**	0,096	4,973	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,053	-2,737	0,006**
Nutrição					0,045	2,439	0,015*
Exercício físico							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,199	0,037	19,605	0,000**	0,108	4,428	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,247	0,057	15,509	0,000**	0,103	4,244	0,000**
Nutrição					0,075	3,317	0,001**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,267	0,065	12,151	0,000**	0,108	4,462	0,000**
Nutrição					0,074	3,290	0,001**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,049	2,272	0,024*
Gestão do peso							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,151	0,021	10,878	0,001**	0,085	3,298	0,001**

Uso de substâncias							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,193	0,035	18,388	0,000**	0,108	4,288	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,246	0,057	15,218	0,000**	0,121	4,820	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,082	-3,411	0,001**
Segurança pessoal							
Nutrição	0,139	0,017	9,360	0,002**	0,076	3,059	0,002**
Prevenção de doenças cardiovasculares							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,218	0,045	22,958	0,000**	0,131	4,791	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,245	0,056	14,711	0,000**	0,142	5,156	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,066	-2,491	0,013*
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,270	0,067	12,098	0,000**	0,141	5,174	0,000**
Fumar (deixar de)					0,066	2,553	0,011*
Nutrição					-0,086	-3,128	0,002**
Prevenção de doenças cancerígenas							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,211	0,042	20,321	0,000**	0,135	4,508	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,246	0,056	14,052	0,000**	0,142	4,739	0,000**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,073	2,735	0,006**
Advocacia da saúde							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,158	0,023	11,705	0,001**	0,142	3,421	0,001**
Parâmetros de desempenho	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento base							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,259	0,065	31,679	0,000**	0,121	5,629	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,291	0,080	20,201	0,000**	0,130	6,045	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,058	-2,864	0,004**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,309	0,089	15,365	0,000**	0,131	6,087	0,000**
Fumar (deixar de)					-0,072	-3,419	0,001**
Nutrição					0,046	2,301	0,022*
Aquisição de informação							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,291	0,083	41,374	0,000**	0,154	6,432	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,304	0,089	22,824	0,000**	0,152	6,368	0,000**
Nutrição					0,043	1,999	0,046*
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,322	0,098	17,172	0,000**	0,160	6,666	0,000**
Nutrição					0,058	2,575	0,010*
Fumar (deixar de)					-0,055	-2,327	0,020*
Implementação de estratégia							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,210	0,042	19,135	0,000**	0,097	4,374	0,000**
Fatores que influenciam							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,150	0,020	10,603	0,001**	0,119	3,256	0,001**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,182	0,029	7,901	0,000**	0,126	3,452	0,001**
Saúde oral (dentes e gengivas)					0,074	2,259	0,024*
Planeamento e processo							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,192	0,035	17,086	0,000**	0,106	4,133	0,000**
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,221	0,045	11,511	0,000**	0,056	2,399	0,017*
Nutrição					0,103	4,031	0,000**
Advocacia							
Saúde sexual (IST's, HIV/SIDA)	0,158	0,023	11,705	0,001**	0,142	3,421	0,001**
Língua melhor dominada para ler e escrever: Não portuguesa							



Parâmetros de desempenho	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento base							
Fumar (deixar de)	0,655	0,381	9,013	0,011*	0,247	3,002	0,011*
Aquisição de informação							
Exercício físico	0,545	0,250	6,333	0,024*	-0,249	-2,516	0,024*
Implementação de estratégia							
Saúde oral (dentes e gengivas)	0,535	0,227	4,821	0,049*	-0,231	-2,196	0,049*
Língua melhor dominada para comunicar com a família: Não portuguesa							
Áreas temáticas	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Exercício físico							
Nutrição	0,441	0,162	6,030	0,021*	0,271	2,456	0,021*
Parâmetros de desempenho	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Conhecimento base							
Saúde oral (dentes e gengivas)	0,576	0,296	9,423	0,006**	0,212	3,070	0,006**
Língua melhor dominada para comunicar com os amigos e nas relações sociais: Não portuguesa							
Literacia em saúde total	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Nutrição	0,797	0,575	10,455	0,018*	-0,310	-3,233	0,018*
Áreas temáticas	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Gestão do stresse							
Nutrição	0,804	0,602	14,617	0,005**	-0,651	-3,823	0,005**
Nutrição	0,912	0,784	17,325	0,002**	-0,592	-4,652	0,002**
Exercício físico					0,265	2,781	0,027*
Prevenção de doenças cancerígenas							
Nutrição	0,857	0,689	16,531	0,007**	-0,548	-4,066	0,007**
Cultura: Não portuguesa							
Parâmetros de desempenho	<i>R</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Planeamento e processo							
Exercício físico	0,587	0,285	5,785	0,035*	-0,290	-2,405	0,035*

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$



## **ANEXO XIV**

### **Publicações**



### Publicações:

Tomás, C. C., Queirós, P., Rodrigues, T. (2013). Ehealth literacy: Scale translation and validation for the portuguese population. *Atención Primaria*, 45 (Espec Cong 1), 118.

Tomás, C; Queirós, P; Rodrigues, T. (s.d.). Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de eLiteracia em Saúde. *Revista Referência*. (submetido).

Tomás, C; Queirós, P; Rodrigues, T. (s.d.). Comportamentos promotores de saúde: propriedades psicométricas de um instrumento de avaliação. *Texto & Contexto Enfermagem*. (submetido).

### Comunicações:

Tomás, C. C., Queirós, P., Rodrigues, T. (2013, maio). Ehealth literacy: Scale translation and validation for the portuguese population. In: *I World Congress f Children and Youth Health Behaviours*, Viseu.



means that the evolution of these variables, in some spatial unities (municipalities, regions, countries, etc), is influenced by variables in the neighbours territories.

**Objectives:** Analysis of the spatial autocorrelation in the health statistical data related with variables as the terminations of pregnancy carried out legally in hospitals, the mortality rate for circulatory diseases and the mortality rate for malignant tumors.

**Methods:** Following Hayford (2012) and Zhu (2009), for example, was analyzed the spatial autocorrelation for the variables referred before, in average for the period 2000-2011, disaggregated for the Portuguese municipalities, using the informatic program GeoDa and the spatial statistics tests as the Moran'I and the Lagrange Multipliers.

**Results:** The results show signs of spatial autocorrelation for the variables considered, namely spatial lag and spatial error. The spatial lag autocorrelation means that the variables are influenced by the same variables in the neighbors municipalities and the spatial error signifies that the variables are influenced by random effects that come from the neighbors municipalities.

**Conclusions:** In future statistical analysis, with this health variables, is important taking into account this statistical infraction to avoid obtain biased conclusions. On the other hand the policies defined to these subjects must take into account these results.

## WORKPLACE BULLYING IN PORTUGUESE NURSES

Elizabete Borges, Teresa Rodrigues Ferreira

*Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.*

Contact details: [elizabete@esenf.pt](mailto:elizabete@esenf.pt)

**Introduction:** Bullying is a reality at our workplaces (Einarsen, Hoel, Zapf & Cooper, 2011). Nurses as health professionals represent a risk group (ICHRN, 2007; Zapf, Escartín et al, 2011), different studies confirm this situation (Gillespie, Gates & Schafer, 2012; Høgh, Clausen & Borg, 2012).

**Objectives:** This study aimed to identify the incidence of workplace bullying in the nurses'.

**Methods:** It is an exploratory and descriptive type of study, integrated within the paradigm of quantitative research. The sample is made up of nurses/students of the Post-Graduation Course of the Porto Nursing College (N = 151), who accepted to collaborate in the study. The instrument for collecting data was the Sociodemographic and professional form and NAQ-R, (Einarsen & Hoel, 2001), translated to Portugal by Araújo, McIntyre & McIntyre, 2004.

**Results:** 9.4 % (14) of the respondents assumed have been victims of workplace bullying in the past six months. In what concerns the results of negative acts, which nurses consider to be their experience in the past six months, were: "To be forced to carry out functions below ones level of competencies-10.6%" and "To be exposed to an excessive amount of work, impossible to carry out-9.9%". The comparison of averages by the Student t and Mann Withney U test between the subscales of NAQ-R and the social and psychological variables shows significant results statically.

**Conclusions:** The results of this study sensitize us to the importance of the implementation of intervention models to prevent workplace bullying in Portuguese nurses or to deal with stress related bullying.

## WORK IN NURSING: MANAGING STRESS

Elizabete Borges, Teresa Rodrigues Ferreira

*Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.*

Contact details: [elizabete@esenf.pt](mailto:elizabete@esenf.pt)

**Introduction:** Nurses' laboral context presents evident alterations at an individual and organizational level, being associated to higher

levels of stress (Turesson H, Eklund M, Wann-Hansson CP, 2012). Stress management intervention programs should be a reality in the organizations (Wong & Lustinguer, 2012) in order to promote health at the workplace.

**Objectives:** Analyze the effectiveness of the implementation of a stress management program on nurses.

**Methods:** It is an exploratory and descriptive type of study, integrated within the paradigm of quantitative research. It is also a prospective and longitudinal study. The sample is made up of nurses/students of the Post-Graduation Course of the Porto Nursing College (N = 151). The instrument for collecting data was the Sociodemographic and professional form, the IRRP (McIntyre, McIntyre & Silverio, 1995). We implemented the intervention program, with a three sessions.

**Results:** The results we would highlight that in a sample of 151 nurses 84.8% were female. The minimum age was 24 years and the maximum 54 years, and the average was 33.2 years. The most prevalent responses to stress are Pressure-Overload, Distress and Health, Anxiety, Dysphoric Emotionality, and Anger and Frustration. The comparison of the averages of biometrics data - pulse and perception of relaxation level before and after the practical sessions with statistically significant values, proves that after the program the results have been more favorable.

**Conclusions:** The obtained results show the importance of the implementation of intervention programs in the management of laboral stress at our organizations.

## EHEALTH LITERACY: SCALE TRANSLATION AND VALIDATION FOR THE PORTUGUESE POPULATION

Catarina Tomás<sup>a</sup>, Paulo Queirós<sup>a</sup>, Teresa Rodrigues<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Escola Superior de Saúde de Leiria, Portugal.*

<sup>b</sup>*Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.*

<sup>c</sup>*Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.*

Contact details: [catarina.tomas@ipleiria.pt](mailto:catarina.tomas@ipleiria.pt)

**Introduction:** ehealth literacy reports the ability to search, find, evaluate, integrate and apply health information through the use of electronic environments. Presently, electronic environments are important sources to acquire health information, especially by adolescents.

**Objectives:** To perform the cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the ehealth literacy scale (Norman & Skinner, 2006); to assess the level of ehealth literacy scale in a group of Portuguese adolescents, and to find its correlation with sociodemographic variables.

**Methods:** This is a quantitative descriptive correlational research study, with a non-probabilistic convenience sample of 1215 adolescents attending high school in Portugal, with ages between 14 and 22. A self-fulfilling questionnaire was used, with sociodemographic questions, along with the Portuguese version of the e-health literacy scale, that underwent a cross-cultural adaptation process previously.

**Results:** The Portuguese version of the ehealth literacy scale revealed a Cronbach alpha of 0.842 and a strong relation between all items ( $0.123 > r > 0.682$ ;  $p < 0.01$ ), with a single factor explaining 47.8% of the variance. ehealth literacy is related with gender ( $p < 0.05$ ) and scholar grade ( $p = 0.037$ ) for some items that explain the concept, but not with the age ( $p > 0.05$ ) of the respondents. Globally, the adolescents considered themselves as "undecided" or "in agreement with" (mean of 3.4563 and SD of 0.582), in what concerns their perception of holding the skills of ehealth literacy.

**Conclusions:** The results reveal that the Portuguese version of the scale is an adequate and valid tool to evaluate ehealth literacy. In addition, this study has shown that there is a need to empower the ehealth literacy skills of the adolescents.





Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de eLiteracia em Saúde

Analysis of the psychometric properties of the Portuguese version of an instrument to evaluate e-Health Literacy

Análisis de las propiedades psicométricas de la versión en portugués de un instrumento para evaluar la e-alfabetización en Salud

Resumo:

Contexto: As fontes de informação eletrónica assumem um papel primordial nos contextos de informação em saúde, tornando-se fontes privilegiadas de toda a população, sobretudo dos adolescentes. Objetivos: Validar a *eHealth Literacy Scale* (NORMAN e SKINNER, 2006a) para a população portuguesa; conhecer os níveis de e-literacia eletrónica nos adolescentes, bem como a sua relação com variáveis sociodemográficas. Método: Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, retrospectivo e transversal, utilizando uma amostra não probabilística de 1215 adolescentes. Resultados: A escala apresenta bons valores de consistência interna, bem como correlação entre todos os itens muito fortes e estatisticamente muito significativas. A fatorialização mostrou a possibilidade de um valor total e duas dimensões, a procura e a utilização. Foram encontradas diferenças nalguns itens entre rapazes e raparigas. Adolescentes em anos de escolaridade mais avançados reconheceram não saber onde encontrar recursos sobre saúde na *internet*, em relação aos que frequentam níveis de escolaridade inferior. Conclusões: Os adolescentes da amostra apresentam bons níveis de e-literacia em saúde. Incluir o desenvolvimento desta literacia nos programas de saúde escolar, permitirá promover a saúde dos jovens, bem como a aquisição de competências necessárias para uma boa tomada decisão em saúde no futuro.

Abstract:

Context: Electronic information sources play a key role in health information contexts and constitute privileged information resources for the entire population, specially adolescents. Goals: To validate the *e-Health Literacy* (NORMAN e SKINNER, 2006a) for the Portuguese population; to evaluate the levels of e-Health literacy in adolescents, as well as to identify relationships between those levels and sociodemographic variables. Method: A quantitative, descriptive-correlational, retrospective and transversal study was performed, using a non-probabilistic sample of 1215 adolescents. Results: The scale presented good internal consistency and a statistically significant strong correlation between all items. The factor analysis showed the

possibility of a total value or two dimensions, the search and the information use. A number of differences was found between boys and girls for some of the items. Moreover, teenagers attending more advanced school years acknowledged not to know that well where to find information about health on the internet, when compared to those frequenting inferior levels. Conclusions: In overall, the sample of adolescents under study presented good levels of e-Health literacy. The inclusion of e-Health literacy development programs in the high school curricula, will promote the health of young people, along with the acquisition of skills required for a good health decision making in the future.

#### Resumen:

Contexto: Las fuentes de información electrónica asumen un papel fundamental en contextos de información de salud y representan fuentes privilegiadas para toda la gente, especialmente adolescentes. Objetivos Validar el eHealth Literacy Scale (NORMAN e SKINNER, 2006a) para la población portuguesa; conocer los niveles de alfabetización electrónica de los adolescentes; así como su relación con variables socio demográficas. Método: Se realizó un análisis cuantitativo, descriptivo-correlacional, retrospectivo y transversal, utilizando una muestra no probabilística de 1,215 adolescentes. Resultados: La escala presentó buena consistencia interna y la correlación entre elementos se mostró muy fuerte y estadísticamente muy significativa. El análisis factorial mostró la posibilidad de un valor total, así como de dos dimensiones, la demanda y lo uso. Se encontraron algunas diferencias en ciertos ítems entre niños y niñas. Adolescentes en años escolares más avanzados reconocieron no saber dónde encontrar recursos sobre salud en Internet, en relación con sujetos de nivel escolar más bajo. Conclusiones: Los adolescentes de la muestra exhibieron un buen nivel de Alfabetización en e-Salud. La inclusión del desarrollo de la alfabetización en e-Salud en los programas escolares, promoverá la salud de los jóvenes, así como la adquisición de las destrezas necesarias para una buena toma de decisiones en salud en el futuro.

Palavras-chave: Alfabetização em Saúde; *Internet*; Adolescente

Keywords: Health literacy; Internet; Adolescent

Palabras clave: Alfabetización en Salud; Internet; Adolescente

#### Introdução:

Uma das áreas em que ter uma adequada literacia se mostra fundamental é na saúde. Ter ou não níveis adequados de literacia, apresentando competências para processar

e compreender a informação de saúde, conseguindo tomar decisões adequadas com a mesma, pode ditar a diferença, por exemplo, entre tomar doses terapêuticas ou tóxicas de fármacos, ou seguir ou não as indicações de técnicos de saúde (BODIE e DUTTA, 2008). Apesar da proliferação da informação em saúde nos *sítes* e ambientes eletrónicos, muita desta informação permanece inacessível a uma grande percentagem da população, devido a baixos níveis de literacia em saúde e competências informáticas (ROBINSON e GRAHAM, 2010).

A e-literacia em saúde dos indivíduos requer a habilidade para pesquisar, encontrar, estimar e avaliar, integrar e aplicar os ganhos obtidos a partir do ambiente eletrónico com vista à resolução de problemas de saúde. Este conjunto de competências requer que se seja capaz de trabalhar também com novas tecnologias, pensar criticamente acerca dos assuntos relacionados com os *media* e com a ciência, bem como navegar num vasto leque de ferramentas e fontes de informação, com vista a adquirir a informação necessária para tomar decisões (NORMAN e SKINNER, 2006a; NORMAN e SKINNER, 2006b).

De acordo com o Modelo de Lírio, utilizado para a conceção da *eHealth Literacy Scale*, a e-literacia em saúde engloba seis competências ou literacias, que integram uma rede interativa que funciona sempre que se realiza uma tarefa em e-saúde (como procurar informação sobre saúde ou monitorizar o estado de saúde), utilizando para tal ferramentas tecnológicas (CHAN, MATTHEWS e KAUFMAN, 2009). Três delas, a literacia funcional, a literacia em informação e a literacia em *media* são de tipo analítico, e aplicam-se a um grande número de fontes de informação, independentemente do tema ou contexto. As restantes, a literacia em saúde, a literacia científica e a literacia informática são específicas de contexto, e estão sobretudo relacionadas com as circunstâncias em que a informação é procurada (equipamentos utilizados e condições de pesquisa), tipo de informação apresentada (científica ou não) e temáticas procuradas, neste caso, relacionadas com a saúde (NORMAN e SKINNER, 2006a; NORMAN e SKINNER, 2006b).

#### Enquadramento/Fundamentação teórica:

A literacia em saúde é considerada um objetivo de saúde pública a atingir no século XXI, enfatizando-se a necessidade de olhar para os diferentes contextos onde a informação em saúde pode ser adquirida e utilizada, como parte da estratégia para abordar a literacia em saúde. Presentemente, mais do que nunca, os contextos de informação em saúde incluem fontes eletrónicas, como a *internet* e outras tecnologias, que potenciaram o seu papel no consumo em saúde (AUSTIN, 2012; NORMAN e SKINNER, 2006a; STELLEFSON [et al.], 2011), tornando-se as fontes de informação

privilegiadas da população geral. Estas fontes de informação em saúde têm a potencialidade de robustecer as pessoas, providenciando ferramentas que as ajudam a tomar decisões informadas, bem como oportunidades de gestão pessoal do estado de saúde de cada pessoa (AUSTIN, 2012).

Vários autores sugerem a incorporação da *internet* nos programas de intervenção escolar que abordam a saúde, como forma de proporcionar oportunidades de desenvolver as competências de literacia em saúde nos jovens, nomeadamente através do ensino acerca da procura e seleção da informação em fontes eletrónicas (GHADDAR [et al.], 2012; GRAY [et al.], 2005). É de todo desejável estimular a procura de informação correta e adequada pelos jovens, a partir de programas escolares, em parceria com instituições de saúde, que visem a promoção de competências de literacia em saúde, nomeadamente de procura de informação sobre saúde *online* (GRAY [et al.], 2005). Tornar a literacia em saúde um princípio fundamental dos programas de saúde escolar é primordial, pois, para além da promoção de comportamentos saudáveis pelos jovens, permite a aquisição de competências para obter, avaliar e aplicar a informação sobre saúde com sucesso (LOUREIRO [et al.], 2012).

O desenvolvimento deste tipo de competências na adolescência é fundamental, pois permite ao jovem a tomada de decisões adequadas e pertinentes relativamente à sua saúde, no futuro (PAEK e HOVE, 2012). Investir nesta formação permite, não só robustecer os jovens e dotá-los de competências para melhorarem as suas decisões sobre saúde no presente, mas também, poderem tornar-se utilizadores mais conscienciosos e informados dos serviços de saúde, com maior proveito e utilização adequada da informação sobre saúde no futuro (GHADDAR [et al.], 2012).

Apesar de serem um segmento bastante familiarizado com estas tecnologias, colocam-se algumas questões acerca da qualidade dos seus acessos à *internet*, apresentando este grupo algumas dificuldades em compreender ou utilizar a informação sobre saúde disponível *online*, apesar do seu uso frequente (GRAY [et al.], 2005; NORMAN e SKINNER, 2006a).

Com o objetivo de conhecer a perceção e experiências dos adolescentes acerca da utilização da *internet* para procurar informação sobre saúde, GRAY [et al.] (2005) realizaram um estudo de carácter qualitativo nos EUA e Reino Unido, com base em 26 *focus groups*, constituídos por adolescentes dos 11 aos 19 anos, de ambos os sexos. Concluíram que os jovens muitas vezes não conseguem procurar a informação sobre saúde adequada, simplesmente porque não conseguem soletrar ou escrever os termos médicos corretamente. Relativamente a esta dificuldade, os jovens sugeriram que um dicionário de termos médicos *online* poderia ajudar a colmatá-la.

Frequentemente, a informação está disponível, mas os adolescentes não conseguem compreender o seu significado.

Apesar do acesso massificado à *internet* e fontes de informação eletrônicas, os jovens continuam a referir um défice de competências para pesquisar informação válida e fidedigna sobre saúde, bem como para avaliar essa mesma informação (STELLEFSON [et al.], 2011).

Outro dos obstáculos apontados pelos jovens diz respeito à seleção dos *sites* fidedignos que contêm a informação pretendida, perante a grande quantidade de resultados disponíveis quando um termo ou tema é procurado num motor de busca. Páginas com informação fidedigna, bem como as que contêm opiniões e relatos pessoais, são referidas pelos jovens como importantes, mas deveriam permitir perceber de que tipo de informação se trata, bem como o acesso sem dificuldades por adolescentes de várias idades (GRAY [et al.], 2005).

Os jovens referem que a informação que procuram e encontram na *internet* já lhes permitiu modificar e melhorar alguns comportamentos, nomeadamente em relação à alimentação (dietas mais saudáveis e equilibradas) e exercício físico, bem como diminuir comportamentos de risco, como a utilização de substâncias potenciadoras de *performance* física e intelectual. Os adolescentes referem que, por norma, consultam a *internet* numa primeira tentativa de recolher informação sobre determinado tema, sendo que procuram depois um profissional de saúde se considerarem necessário (GRAY [et al.], 2005).

Diversos estudos foram já realizados em vários países, com vista a medir os níveis de e-literacia em saúde de adolescentes, utilizando para o efeito a *eHealth Literacy Scale* (eHEALS).

Esta escala, elaborada em 2006 por Norman e Skinner (NORMAN e SKINNER, 2006a), foi desenvolvida com vista à avaliação da e-literacia em saúde para um largo espectro da população e contextos. Trata-se de um instrumento de autopreenchimento, que pode ser empregue por um profissional de saúde, e que se baseia na perceção individual dos sujeitos acerca das suas próprias competências e conhecimentos, dentro de cada domínio avaliado da e-literacia em saúde. É constituído por 8 itens, existindo ainda mais dois que apesar de não fazerem parte da escala, complementam a informação (itens 1 e 2). Este instrumento foi concebido com o objetivo de estimar, de forma global, as competências em e-saúde da população, podendo esta informação ser utilizada para a realização de programas de promoção de saúde individuais ou coletivos (NORMAN e SKINNER, 2006a).

Um estudo realizado por NORMAN e SKINNER (2006a), autores da escala, permitiu compreender os níveis de e-literacia em saúde de adolescentes canadianos. Foi

utilizada uma amostra de 664 adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 13 e 21 anos, provenientes de 14 escolas secundárias de uma cidade canadiana e que frequentavam na altura do estudo entre o 9.º e o 11.º ano de escolaridade. Foram encontrados valores mais elevados de e-literacia em saúde no sexo masculino ( $t_{726}=2,236$ ,  $p=0,026$ ). Para além disso, não se detetaram alterações significativas nos valores de e-literacia em saúde tendo em conta a idade dos participantes, nem em relação à tecnologia de informação utilizada (*internet*, televisão, mensagens telefónicas, *e-mail*, *pager*, telemóvel). A e-literacia em saúde parece também não estar relacionada com a auto percepção sobre o estado de saúde, não sendo considerada um fator preditor do nível de saúde percebido ao longo do tempo, na amostra utilizada (NORMAN e SKINNER, 2006a).

A e-literacia em saúde de 182 adolescentes que frequentavam o 6.º, 7.º e 8.º anos de escolaridade no estado do Michigan, nos EUA, foi avaliada num estudo em que se realizou uma intervenção com vista à sua promoção. A amostra apresentou um valor médio de e-literacia em saúde de 3,51 ( $\sigma=0,60$ ). Depois de realizado um programa de promoção de e-literacia em saúde aos participantes, composto por três sessões, o valor médio subiu para 3,62 ( $\sigma=0,65$ ). Jovens em anos de escolaridade superior apresentaram valores mais elevados de e-literacia em saúde (HOVE, PAEK e ISAACSON, 2011; PAEK e HOVE, 2012).

GHADDAR [et al.] (2012) realizaram um estudo num agrupamento escolar do Texas (*South Texas Independent School District*), que incluiu cinco escolas, duas das quais, com formação na área da saúde. Foi utilizada uma amostra de 261 estudantes, com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos de idade, a frequentar do 9º ao 12º ano de escolaridade, 58% dos indivíduos frequentavam as escolas com formação em saúde. A amostra compreendia elementos de ambos os sexos, sendo que a maioria eram hispânicos (86%). Avaliada a e-literacia com recurso à *eHealth Literacy Scale*, foram encontrados níveis adequados de e-literacia em saúde, tendo sido encontrada um valor médio de 3,83. Apesar disto, 37% dos indivíduos apresentaram níveis de e-literacia limitada. Níveis mais elevados de e-literacia em saúde foram encontrados nos indivíduos a frequentar as escolas com formação em saúde, e de forma global, a frequentar os anos letivos mais avançados.

Em termos europeus, um estudo realizado na Holanda, utilizando uma amostra estratificada de 88 participantes da região de *Twente*, bem como o instrumento eHEALS, revelou que os mesmos apresentavam um valor médio de e-literacia em saúde de 3,45 ( $\sigma=0,74$ ). Os valores de e-literacia em saúde encontrados diminuem com a idade e aumentam com a escolaridade dos participantes. Apesar disto, estas diferenças não são estatisticamente significativas. Já com o número de horas diárias

de uso da *internet* parece existir uma correlação positiva, estatisticamente significativa, sugerindo uma influência positiva do tempo gasto em utilização da *internet* na e-literacia em saúde (DROSSAERT, VAN DER VAART e VAN DEURSEN, 2011).

Como forma de maximizar os benefícios da disponibilidade de informação sobre saúde na *internet*, o desenvolvimento de competências de literacia em saúde é essencial (GRAY [et al.], 2005). Quanto mais desenvolvidas são estas competências nos jovens, menor é a sua confiança em *sites* comerciais e de marca como fontes de informação em saúde, mesmo que a informação que contenham sejam fidedigna (HOVE, PAEK e ISAACSON, 2011). Esta confiança diminui, pois uma das competências em e-literacia em saúde consiste em conseguir distinguir fontes de informação que pretendem ser persuasivas, das que pretendem ser informativas e educacionais (HOVE, PAEK e ISAACSON, 2011).

#### Metodologia:

O objetivo principal do estudo é o de avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento para a avaliação da e-literacia em saúde nos adolescentes portugueses, a Escala de e-Literacia em Saúde (*eHealth Literacy Scale*, NORMAN e SKINNER, 2006a), pretendendo-se conjuntamente avaliar os níveis de e-literacia em saúde nos adolescentes, bem como conhecer a relação entre os níveis de e-literacia em saúde e o sexo, a idade e o ano de escolaridade dos adolescentes.

A escala utilizada é uma escala composta por 8 itens de resposta tipo *Likert* com cinco alternativas que vão de “*strongly disagree*” a “*strongly agree*” (pontuações de 1 a 5). O instrumento contém ainda dois itens adicionais que permitem compreender o interesse dos respondentes em utilizar informação eletrónica em saúde. Estes itens são também de resposta tipo *Likert*, com cinco alternativas que vão de “*Not usefull at all*” a “*Very usefull*” (pontuações de 1 a 5). Pontuações mais elevadas correspondem a níveis de e-literacia em saúde mais elevados.

Foi utilizada uma metodologia de validação transcultural adaptada da metodologia apresentada por SOUSA e ROJJANASRIRAT (2010) para tradução e validação da *eHealth Literacy Scale* para a população portuguesa. Na Figura 1 encontram-se representadas as etapas realizadas durante este processo.

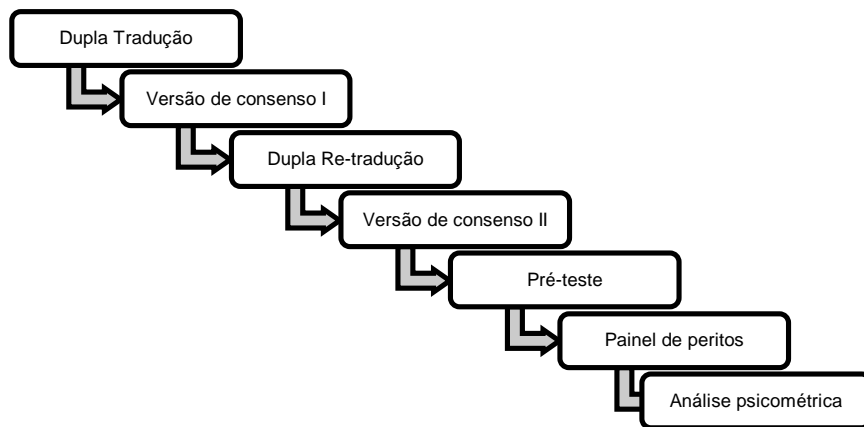


Figura 1 – Processo de tradução e validação cultural da escala

Após o processo de tradução, e validação cultural, a análise psicométrica foi englobada num estudo de carácter quantitativo, do tipo descritivo-correlacional, retrospectivo e transversal.

Sendo a população alvo os adolescentes que frequentam o Ensino Secundário no distrito de Leiria, e utilizando um método de amostragem não probabilístico por conveniência, foi utilizada no estudo uma amostra de 1215 adolescentes, estudantes de duas escolas do distrito. Como critérios de inclusão definiram-se: frequentar o ensino secundário numa das duas escolas do distrito de Leiria que aceitaram participar no estudo. Foram excluídos os estudantes que não aceitaram participar no estudo ou que não tinham autorização do encarregado de educação para o fazer.

Os dados foram colhidos com recurso a um questionário de autopreenchimento, compreendendo questões de carácter sociodemográfico, bem como a Escala de E-literacia em Saúde, devidamente traduzida e adaptada culturalmente para a população portuguesa. Durante todo o processo de investigação, todos os procedimentos formais e éticos foram respeitados. Para a análise psicométrica da escala foram utilizados procedimentos estatísticos semelhantes aos que foram utilizados por NORMAN e SKINNER (2006a), nomeadamente a análise da consistência interna através do *Cronbach's Alpha*, a correlação entre itens (teste de *Pearson*), bem como a análise fatorial confirmatória e exploratória.

#### Resultados:

Sendo a amostra constituída por 1215 indivíduos, 643 (52,92%) eram do sexo masculino e 572 (47,08%) do sexo feminino. A idade dos participantes teve uma variação dos 14 aos 22 anos, sendo a média de 16,32 anos e a moda 16 (34,32% dos participantes). Em relação ao ano de escolaridade, 35,14% (427) dos participantes frequentavam o 10º ano de escolaridade, 38,60% (469) frequentavam o 11º ano e 26,26% (319) dos participantes frequentavam o 12º ano de escolaridade.



Para a validação da escala foram realizadas várias análises. Podem observar-se correlações entre todos os itens da escala muito fortes e estatisticamente muito significativas ( $p \leq 0,01$ ), o que significa que as questões que constituem o instrumento estão relacionadas, não sendo apesar de tudo redundantes. Tal como se observa na Tabela 1, o valor mais baixo de correlação encontrado foi  $r=0,123$  entre os itens 2 e 9 e o mais elevado ( $r=0,682$ ) diz respeito à correlação entre os itens 4 e 5, o que revela existirem correlações fortes.

Tabela 1 – Correlações de *Pearson* entre os itens da escala

		Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9
Item 2	<i>r</i>	0,596								
	<i>p</i>	0,000**								
Item 3	<i>r</i>	0,350	0,339							
	<i>p</i>	0,000**	0,000**							
Item 4	<i>r</i>	0,326	0,275	0,566						
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**						
Item 5	<i>r</i>	0,348	0,317	0,505	0,682					
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**					
Item 6	<i>r</i>	0,339	0,303	0,355	0,472	0,564				
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**				
Item 7	<i>r</i>	0,337	0,323	0,320	0,354	0,436	0,456			
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**			
Item 8	<i>r</i>	0,231	0,195	0,342	0,348	0,322	0,301	0,471		
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**		
Item 9	<i>r</i>	0,155	0,123	0,308	0,314	0,292	0,273	0,335	0,505	
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	
Item 10	<i>r</i>	0,432	0,334	0,387	0,382	0,388	0,390	0,436	0,363	0,349
	<i>p</i>	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**

Legenda: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$

Quanto à consistência interna da escala, a mesma foi avaliada com recurso ao valor do *Cronbach's Alpha*. Quando analisados os 10 itens do instrumento, o *Cronbach's Alpha* total é de 0,853, mas se analisados apenas os 8 itens da escala o *Cronbach's Alpha* total é de 0,842. Quando um dos 8 itens é retirado da escala o valor do *Cronbach's Alpha* da escala mantém-se entre 0,811 e 0,834 (Tabela 2).

Tabela 2 – Consistência interna se itens eliminados

	<i>Cronbach's Alpha</i> se item eliminado
Item 3 - Sei quais são os recursos sobre saúde disponíveis na internet.	0,822
Item 4 - Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	0,813
Item 5 - Sei como encontrar recursos úteis sobre saúde na internet.	0,811

Item 6 - Sei como usar a internet para responder às minhas perguntas sobre saúde.	0,822
Item 7 - Sei como usar a informação sobre saúde que encontro na internet para me ajudar.	0,822
Item 8 - Consigo avaliar os recursos sobre saúde que encontro na internet.	0,826
Item 9 - Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde da internet.	0,834
Item 10 - Sinto-me confiante a usar informação da internet para tomar decisões sobre saúde.	0,826

Ao realizar o teste de consistência interna da escala através do Coeficiente de *Guttman Split-half*, verifica-se que as partes da escala (compostas por 4 itens cada uma) apresentam *Cronbach's Alpha* de 0,814 e 0,731 respetivamente, e um Coeficiente de *Guttman Split-half* total de 0,738. Quando realizado o teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (0,853) e o teste de esfericidade de *Bartlett* ( $\chi^2=3392,203$ ;  $df=28$ ;  $p\leq 0,001$ ) é possível perceber que a amostra reúne os critérios para a análise fatorial. Seguindo o caminho dos autores originais da escala que consideram uma única dimensão, (com  $\alpha=0.88$ ; explicação da variância de 44,79%) efetuamos com a nossa amostra uma análise fatorial confirmatória a 1 fator, pelo método das componentes principais sem rotação, encontrando uma explicação da variância de 47,803% com componentes entre 0,587 e 0,798. No entanto, procedemos ainda a uma análise fatorial exploratória com rotação *Varimax* (Tabela 3) da qual resultou a extração de dois fatores explicando 60,94% do total da variância. Um primeiro fator agregando os itens 3, 4, 5 e 6 com 34,33% de explicação da variância, e um segundo com os itens 7, 8, 9 e 10, apresentando 26,60% de explicação da variância.

Tabela 3: Análise fatorial e peso dos fatores após rotação *Varimax*

Itens	1º fator	2º fator
3	0,689	
4	0,829	
5	0,851	
6	0,690	
7		0,607
8		0,819
9		0,790
10		0,524
% explicação da variância	34,338	26,604

De referir ainda que na opção de duas dimensões (fatores) os valores do *Cronbach's Alpha* de cada um é respetivamente 0,814 e 0,731.

Em relação aos valores médios obtidos em cada item da escala (incluindo os itens 1 e 2 que não compõem a escala, mas que estão incluídos no instrumento), tal como se observa na Tabela 4, estes variaram entre 2,884 no item 10 "Sinto-me confiante a usar

a informação da *internet* para tomar decisões sobre saúde." e 4,010 no item 2 "Até que ponto considera importante para si poder ter acesso a recursos sobre saúde na *internet*?".

Tabela 4 – Níveis de e-Literacia em saúde na amostra

	Mínimo	Máximo	$\bar{x}$	$\sigma$
Item 1	1	5	3,723	0,8806
Item 2	1	5	4,010	0,8046
Item 3	1	5	3,337	0,8153
Item 4	1	5	3,484	0,8492
Item 5	1	5	3,655	0,8110
Item 6	1	5	3,708	0,8578
Item 7	1	5	3,589	0,7722
Item 8	1	5	3,440	0,8215
Item 9	1	5	3,555	0,9013
Item 10	1	5	2,884	0,9329
Total Escala	1	5	3,4563	0,58200

Foram encontradas diferenças estatisticamente muito significativas ( $p \leq 0,01$ ) entre os respondentes do sexo feminino e do sexo masculino (Tabela 5), nomeadamente no item 2 "Até que ponto considera importante para si poder ter acesso a recursos sobre saúde na *internet*?" (superior no sexo feminino), no item 9 "Sei distinguir os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade entre os recursos sobre saúde da *internet*." e no item 10 "Sinto-me confiante a usar a informação da *internet* para tomar decisões sobre saúde." (superiores no sexo masculino). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre sexos no valor de e-literacia em saúde (total da escala).

Tabela 5 – Diferenças de e-Literacia em saúde entre os sexos (Teste *t-student*)

	Sexo	$\bar{x}$	$\sigma$	$F$	$F(p)$	$t$	$p$
Item 1	Masculino	3,709	0,8888	1,242	0,265	-0,578	0,563
	Feminino	3,739	0,8719				
Item 2	Masculino	3,932	0,8326	4,323	0,038	-3,631	0,000**
	Feminino	4,098	0,7631				
Item 3	Masculino	3,335	0,8455	4,899	0,027	-0,117	0,907
	Feminino	3,340	0,7806				
Item 4	Masculino	3,505	0,8849	3,157	0,076	0,935	0,350
	Feminino	3,460	0,8072				
Item 5	Masculino	3,640	0,8240	0,606	0,436	-0,667	0,505
	Feminino	3,671	0,7965				
Item 6	Masculino	3,690	0,8801	4,107	0,043	-0,757	0,449

	Feminino	3,727	0,8322				
Item 7	Masculino	3,569	0,7771	0,920	0,338	-0,945	0,345
	Feminino	3,611	0,7667				
Item 8	Masculino	3,439	0,8468	2,296	0,130	-0,042	0,966
	Feminino	3,441	0,7929				
Item 9	Masculino	3,621	0,9012	0,181	0,670	2,705	0,007**
	Feminino	3,481	0,8964				
Item 10	Masculino	2,970	0,9426	3,185	0,075	3,436	0,001**
	Feminino	2,787	0,9130				
Total Escala	Masculino	3,4711	0,60169	2,067	0,151	0,938	0,348
	Feminino	3,4397	0,55910				

Legenda: \* $p \leq 0.05$ ; \*\* $p \leq 0.01$

Para analisar a relação entre os valores de e-literacia em saúde e a idade, os participantes foram distribuídos em dois grupos etários, tendo como critério a divisão matemática em dois conjuntos de dimensões o mais semelhantes possível. O primeiro grupo compreendeu os participantes com idades até 16 anos (725 elementos, 59,67%) e o segundo grupo compreendeu os participantes com idades a partir de 17 anos (490 elementos, 40,33%). Analisando as diferenças entre eles (teste *t-student*), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em nenhum dos itens do instrumento, nem no valor total de e-literacia em saúde. Foi também realizada uma análise tendo em conta a correlação entre a idade e os resultados obtidos em cada item, bem como com o valor total de e-literacia em saúde (teste de correlação de *Pearson*), mas mais uma vez não se encontrou qualquer correlação entre a idade e as respostas apresentadas em cada item.

Foi ainda possível verificar que existiam diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,026$ ) entre os participantes dos três anos de escolaridade nas respostas ao item 4 "Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na *internet*." (teste *One-Way Anova*). Foi percebido que estas diferenças eram estatisticamente significativas entre o 10º ano/1º ano e o 12º ano/3º ano de escolaridade, sendo os valores médios das respostas ao item mais elevados no 10º ano/1º ano (Tabela 6).

Tabela 6 – Diferenças entre anos de escolaridade no item 4 (Teste *Tukey*)

a)	b)	$\bar{x}$ a)	$\sigma$ a)	$\bar{x}$ b)	$\sigma$ b)	Diferença de $\bar{x}$ (a-b)	$p$
10º ano/1º ano	11º ano/2º ano	3,571	0,8230	3,450	0,8499	0,1215	0,082
	12º ano/3º ano			3,417	0,8751	0,1545	0,037*
11º ano/2º ano	10º ano/1º ano	3,450	0,8499	3,571	0,8230	-0,1215	0,082
	12º ano/3º ano			3,417	0,8751	0,0330	0,854
12º ano/3º ano	10º ano/1º ano	3,417	0,8751	3,571	0,8230	-0,1545	0,037*
	11º ano/2º ano			3,450	0,8499	-0,0330	0,854

\* $p \leq 0.05$ ; \*\* $p \leq 0.01$

## Discussão:

A Escala de e-Literacia em Saúde apresenta bons valores de consistência interna, com itens válidos que permitem uma adequada avaliação da e-literacia em saúde na população adolescente portuguesa. Nenhum dos itens é dispensável, avaliando pela consistência interna da escala, no caso da omissão de itens. Comparando com os valores de validação da escala original, a consistência interna manteve valores semelhantes, apresentando contudo correlações entre os itens mais fortes e estatisticamente muito significativas. O estudo por nós realizado abre a porta à utilização da escala com um valor total e duas dimensões uma mais ligada aos aspetos de procura da informação assente nos dados de um primeiro fator com itens 3,4,5, e 6, e uma segunda dimensão ligada à capacidade de utilização da informação correspondendo a um segundo fator com dados dos itens 7, 8, 9 e 10.

Os valores de e-literacia em saúde na amostra em estudo ( $\bar{x}= 3,4563$ ;  $\sigma=0,582$ ), não parecem diferir dos valores encontrados noutras amostras semelhantes estudadas noutros estudos em outros países (DROSSAERT, VAN DER VAART e VAN DEURSEN, 2011; GHADDAR [et al.], 2012; HOVE, PAEK e ISAACSON, 2011; NORMAN e SKINNER, 2006a; PAEK e HOVE, 2012), sendo considerado que os níveis de e-literacia neste grupo são bons.

Os rapazes referem sentir-se mais confiantes para utilizar a *internet* para tomar decisões sobre saúde, referindo ainda que conseguem distinguir melhor os recursos de elevada qualidade dos de fraca qualidade, em relação às raparigas. Já o sexo feminino apresentou valores mais elevados quando questionados acerca da importância do acesso a fontes de informação eletrónica. Apesar das diferenças nalguns itens, bem como das diferenças matemáticas entre os níveis, de e-literacia em saúde entre os sexos, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre eles, o que não corrobora os resultados de NORMAN e SKINNER (2006a), que refere ter encontrado níveis de e-literacia em saúde mais elevados nos rapazes.

Apesar das diferenças matemáticas, a idade não parece ser um fator determinante nos níveis de e-literacia em saúde, tal como já tinha sido demonstrado por DROSSAERT, VAN DER VAART e VAN DEURSEN (2011) e NORMAN e SKINNER (2006a). Apenas um item (“Sei onde encontrar recursos úteis sobre saúde na *internet*”) apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação ao ano de escolaridade, não se verificando o mesmo para o valor de e-literacia em saúde. DROSSAERT, VAN DER VAART e VAN DEURSEN (2011) e GHADDAR [et al.] (2012) referem que nos estudos que realizaram foram encontrados níveis mais elevados de e-literacia em saúde nos alunos a frequentar anos letivos mais elevados. Em relação ao item que apresenta

diferenças estatisticamente significativas em relação ao ano de escolaridade, verifica-se que o seu valor diminui como aumento da escolaridade. Tal facto poderá dever-se ao que HOVE, PAEK e ISAACSON (2011) referem como ser falta de confiança em determinados *sites* e dificuldade em distinguir a credibilidade da informação. Desta forma, jovens cujos conhecimentos são maiores, acabam por demonstrar menos confiança nas suas competências na procura de informação sobre saúde em fontes eletrónicas apresentarem mais dúvidas sobre a sua capacidade, o que se poderá revelar em valores mais baixos de e-literacia, ou neste caso, na perceção de conhecimento acerca de onde encontrar informação útil sobre saúde.

#### Conclusão:

O instrumento *eHealth Literacy Scale* na versão portuguesa, por nós traduzida e validada, apresenta bons indicadores psicométricos indicando a viabilidade da sua utilização com um valor total e duas dimensões, procura de informação e utilização da informação. A sua aplicação em amostras em diferentes contextos e que permitam a generalização de resultados, permitirá corroborar a sua viabilidade e sensibilidade para a avaliação deste conceito na população adolescente em Portugal.

A amostra selecionada apresenta níveis de e-literacia em saúde bastante satisfatórios. Diferenças foram encontradas entre os géneros, mantendo-se os níveis de e-literacia em saúde ao longo da idade. Alunos a frequentar níveis de escolaridade mais elevados apresentam mais dúvidas sobre onde encontrar informação útil sobre saúde na *internet*. Sugerido por vários autores, a intervenção nos jovens como forma de promover as suas competências em e-literacia em saúde, permitirá, para além de dotar os jovens de conhecimentos para a procura, avaliação, seleção e utilização da informação sobre saúde nas fontes eletrónicas, permitirá também um aumento da confiança neste processo (GHADDAR [et al.], 2012; GRAY [et al.], 2005; LOUREIRO [et al.], 2012). Incluir a e-literacia em saúde nos programas de educação para a saúde escolar e para adolescentes, pode revelar-se uma importante estratégia para a promoção de saúde nesta população, bem como na promoção de competências para o futuro.

#### Referências Bibliográficas:

- AUSTIN, Robin (2012) - EHealth Literacy for Older Adults - Part I. **Ania-Caring Newsletter**. Vol. 2012, p. 7-9.
- BODIE, Graham D.; DUTTA, Mohan Jyoti (2008) - Understanding Health Literacy for Strategic Health Marketing: eHealth Literacy, Health Disparities, and the Digital Divide. **Health Marketing Quarterly**. Vol. 25, nº 1/2, p. 175-203.

CHAN, Connie V.; MATTHEWS, Lisa A.; KAUFMAN, David R. (2009) - A Taxonomy Characterizing Complexity of Consumer eHealth Literacy. **AMIA Annual Symposium Proceedings**. Vol. 2009, p. 86-90.

DROSSAERT, Constance HC; VAN DER VAART, Rosalie; VAN DEURSEN, Alexander JAM (2011) - Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) Measure What it Intends to Measure? Validation of a Dutch Version of the eHEALS in Two Adult Populations. **Journal of Medical Internet Research**. Vol. 13, nº4, p. e86.

GHADDAR, Suad F. [et al.] (2012) - Adolescent Health Literacy: The Importance of Credible Sources for Online Health Information. **Journal of School Health**. Vol. 82, p. 28-36.

GRAY, Nicola J. [et al.] (2005) - The Internet: A window on adolescent health literacy. **Journal of Adolescent Health**. Vol. 37, 3, p. 243.e1-243.e7.

HOVE, Thomas; PAEK, Hye-Jin; ISAACSON, Thomas (2011) - Using Adolescent eHealth Literacy To Weigh Trust in Commercial Web Sites. **Journal of Advertising Research**. Vol. 51, nº3, p. 524-537.

LOUREIRO, Luís M. J. [et al] (2012) Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. **Revista de Enfermagem Referência**. Série III, nº6, p. 157-166.

NORMAN, Cameron D.; SKINNER, Harvey A. (2006a) - eHEALS: The eHealth Literacy Scale. **Journal of Medical Internet Research**. Vol. 8, nº4, p. e27.

NORMAN, Cameron D.; SKINNER, Harvey A. (2006b) - eHealth Literacy: Essencial Skills for Consumer Health in a Networked World. **Journal of Medical Internet Research**. Vol. 8, nº2, p. e9.

PAEK, Hye-Jin; HOVE, Thomas (2012) - Social Cognitive Factors and Perceived Social Influences That Improve Adolescent eHealth Literacy. **Health Communication**. Vol. 27, nº8, p. 727-737.

ROBINSON, Christie; GRAHAM, Joy (2010) - Perceived Internet health literacy of HIV-positive people through the provision of a computer and Internet health education intervention. **Health Information and Libraries Journal**. Vol. 27, p. 295-303.

SOUSA, Valmi D.; ROJJANASRIRAT, Wilaiporn (2010) - Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**. Vol. 17, p. 268-274.

STELLEFSON, M. [et al.] (2011) - eHealth Literacy Among College Students: A Systematic Review With Implications for eHealth Education. **Journal of Medical Internet Research**. Vol. 13, nº4, p. e102.





**Comportamentos promotores de saúde: propriedades psicométricas de um instrumento de avaliação**

**Health Promoting behaviors: psychometric properties of an assessment tool**

**Comportamientos promotores de la salud: propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación**

**RESUMO:**

Com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento de avaliação dos níveis de comportamentos promotores de saúde, bem como de conhecer esses mesmos níveis numa amostra de adolescentes portugueses, em relação à sua idade, sexo e ano de escolaridade, foi realizado este estudo, de caráter quantitativo, descritivo-correlacional, retrospectivo e transversal, utilizando uma amostra de 1213 adolescentes. O instrumento apresenta bons valores de consistência interna (*Cronbach's Alpha* de 0,889) e razoáveis correlações entre itens (entre -0,009 e 0,788), confirmando-se os seis fatores definidos pelos autores da escala. Os níveis de comportamentos promotores de saúde na amostra são bons ( $\bar{x}=3,70$ ), sendo mais elevados nas raparigas do que nos rapazes em algumas áreas, e nos jovens mais novos em detrimento dos mais velhos. Demonstra-se assim a fiabilidade do instrumento na avaliação dos comportamentos promotores de saúde nos adolescentes portugueses, e a necessidade de uma intervenção em saúde, nesta população.

**ABSTRACT:**

Aiming to evaluate the psychometric properties of an instrument to assess the levels of health promoting behaviors, as well as to encounter those same levels related to their age, sex and graduation in a sample of portuguese adolescents, the study was conducted of a quantitative, descriptive, correlational, retrospective and cross-sectional, using a sample of 1213 adolescents. The instrument has good internal consistency (*Cronbach's Alpha* de 0,889) and reasonable correlations between items (entre -0,009 e 0,788), confirming the six factors defined by the authors of the scale. Levels of health-promoting behaviors in the sample are good ( $\bar{x}=3,70$ ), being higher in girls than boys in some areas, and youth to the detriment of younger older. Thus demonstrates the reliability of the instrument in the assessment of healthy behavior in portuguese adolescents, as well as the need for an health intervention in this population.

**RESUMEN:**

Con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas de un instrumento para evaluar los niveles de promoción de comportamientos saludables, así como para cumplir con los mismos niveles en una muestra de adolescentes portugueses en relación a su edad, sexo y años de escolaridad, se realizó el estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, retrospectivo y transversal, con una muestra de 1213 adolescentes. El instrumento tiene buena consistencia interna (*Cronbach's Alpha* de 0,889) y correlación razonable entre los elementos (entre -0,009 e 0,788), lo que confirma los seis factores definidos por los autores de la escala. Los niveles de promoción de comportamientos saludables en la muestra son buenas ( $\bar{x}=3,70$ ), siendo mayor en las niñas que los niños en algunas áreas, y la juventud en detrimento de los jóvenes mayores. Por lo tanto demuestra la confiabilidad del instrumento en la evaluación de los comportamientos saludables en los adolescentes portugueses y la necesidad de una intervención de salud en esta población.

**DESCRITORES:** Promoção da Saúde; Comportamento do Adolescente; Estudos de Validação

**DESCRIPTORS:** Health Promotion; Adolescent Behavior; Validation Studies

**DESCRIPTOS:** Promoción de la Salud; Conducta del Adolescente; Estudios de Validación

## INTRODUÇÃO

Adotar comportamentos de promoção da saúde como um componente estilo de vida é uma expressão da tendência humana para se atualizar e é dirigido sobretudo para o aumento do bem-estar individual, auto-atualização e realização pessoal.<sup>1</sup> Para além dos conhecimentos que devem existir, a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis requer a aprendizagem e desenvolvimento de competências emocionais, cognitivas e comportamentais que permitam utilizar os conhecimentos técnicos e teóricos nos diversos contextos reais.<sup>2</sup>

O estudo dos estilos de vida saudáveis na adolescência tem-se tornado um foco importante na área da investigação,<sup>3</sup> tendo já vários estudos sido realizados, com recurso à *Adolescent Health Promotion Scale*, embora nenhum tenha sido realizado na língua portuguesa ou em Portugal.

O estudo realizado pelos autores do instrumento, com uma amostra de 1128 indivíduos, representativa dos adolescentes tailandeses, permitiu concluir que os adolescentes apresentam bons níveis de comportamentos promotores de saúde (média de 129 pontos e uma mediana de 130, tendo as respostas oscilado de 51 a 176 pontos).<sup>4</sup> Já na Turquia, um estudo utilizando uma amostra de 1351 adolescentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 11 e os 19 anos, permitiu concluir que existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao sexo e idade no que respeita à frequência de comportamentos saudáveis. As raparigas apresentaram valores mais elevados de comportamentos promotores de saúde que os rapazes. O grupo de adolescentes com idades entre os 11 e 14 anos apresentou também valores mais elevados de comportamentos promotores de saúde que o grupo de adolescentes com idade compreendida entre os 15 e 19 anos.<sup>5</sup> Na China, analisaram-se os níveis de comportamentos promotores de saúde de 407 estudantes universitários, com idade entre os 16 e os 25 anos (média de idade de 21), de ambos os sexos, residentes em áreas rurais e urbanas. Os valores mais elevados de comportamentos promotores de saúde foram observados nas subescalas de Apreciar a vida, Suporte social e Gestão do *stress*. Responsabilidade pela saúde e Exercício físico foram as subescalas que obtiveram pontuação menor. O sexo feminino apresenta valores mais elevados de comportamento promotores de saúde (total da escala) do que o sexo masculino, sendo estas diferenças estatisticamente significativas, bem como nas subescalas Nutrição, Suporte social e Gestão do *stress*. Na subescala Exercício físico o sexo masculino apresentou valores mais elevados. Os adolescentes que frequentavam o ensino superior há

menos tempo apresentaram resultados mais favoráveis nas subescalas Apreciar a vida e Exercício físico, mas resultados mais baixos na subescala Nutrição, em relação aos que frequentavam o ensino superior há mais tempo, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Não foi encontrada qualquer relação entre os comportamentos promotores de saúde e a residência no meio urbano ou rural.<sup>3</sup>

Os programas criados para prevenir estilos de vida não saudáveis e comportamentos de risco são mais efetivos quando iniciados na adolescência.<sup>4</sup> Uma cultura positiva para saúde poderá facilitar níveis mais elevados de literacia em saúde, ajudando os jovens a lidar com os determinantes de saúde, permitindo o desenvolvimento de competências cognitivas e sociais necessárias para manter bons níveis de saúde.<sup>6</sup>

A promoção de saúde e prevenção de doença são essenciais para reduzir a necessidade de cuidados de saúde aos jovens,<sup>6</sup> sendo que Diretivas Internacionais ressalvam a importância do papel da enfermagem para a promoção de saúde e de comportamentos promotores de saúde.<sup>5</sup> A enfermagem, sobretudo a enfermagem escolar e comunitária, apresenta competências adequadas para promover a saúde da população, acedendo aos estilos de vida dos jovens e intervindo com vista a facilitar os comportamentos adequados e diminuir os comportamentos desadequados.<sup>4</sup>

A enfermagem, considerada uma ciência e uma disciplina profissional, possui um conjunto de conceitos e teorias que integram o seu corpo de conhecimentos, como o conceito de promoção da saúde, que incorporado na sua prática de cuidados, exige comprovação teórica que sustente a sua prática.<sup>7</sup> Dotar e formar estes profissionais como os enfermeiros em relação às novas possibilidades metodológicas de atuação nesta área é essencial, dado que estes são atualmente atores sociais responsáveis por muitos dos acontecimentos no contexto da saúde.<sup>8</sup>

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender identifica fatores precedentes que influenciam os comportamentos de saúde, sendo o foco central do Modelo em oito crenças que podem ser avaliadas pela enfermagem, e que constituem pontos críticos de atuação para a intervenção da mesma. Através deste modelo, e trabalhando colaborativamente com o utente, é possível assistir-lo na alteração de comportamentos para atingir estilos de vida saudáveis. Pretende, desta forma, auxiliar a enfermagem na compreensão das maiores determinantes dos comportamentos de saúde como base para um aconselhamento em comportamentos para promoção de estilos de vida saudáveis. Não se limita a explicar o comportamento de prevenção da doença, não incluindo o medo ou ameaça como fonte de motivação, mas antes o comportamento para melhorar a saúde, o que permite uma aplicação potencial a todo o ciclo vital.<sup>9</sup>

O Modelo de Promoção de Saúde funciona como enquadramento para a investigação dirigida para a predição de estilos de vida globais de promoção de saúde e comportamentos específicos,<sup>9</sup> tendo a escala *Adolescent Health Promotion Scale* sido elaborada tendo em conta este Modelo.<sup>4</sup> O objetivo principal deste estudo é o de avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento para a avaliação de comportamentos promotores de saúde nos adolescentes portugueses, a Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes (*Adolescent Health Promotion Scale*).<sup>4</sup> Conjuntamente ao objetivo principal, pretende-se também conhecer os níveis de comportamentos promotores de saúde nos adolescentes, e a sua relação com o sexo, idade e ano de escolaridade dos mesmos.

O instrumento utilizado, a *Adolescent Health Promotion Scale* é composto por 40 questões de resposta tipo *Likert* que vão de “Never” a “Always”, pretendendo espelhar a frequência de determinados comportamentos promotores de saúde. Estes comportamentos encontram-se distribuídos por seis subescalas, que correspondem a várias áreas do comportamento: Nutrição, Suporte social, Responsabilidade pela saúde, Apreciação da vida, Exercício Físico e Gestão do stress. As respostas são cotadas de 1 a 5, sendo que pontuações mais elevadas, correspondem a comportamentos promotores de saúde mais frequentes. Os autores do instrumento avaliaram o *Kaiser-Meyer-Olkin* (0,942) e a *Bartlett's Sphericity* ( $\chi^2=21,609$ ;  $df=1,128$ ;  $p=0,000$ ), percebendo uma adequação da amostra para a análise fatorial do instrumento, tendo resultado, após rotação *Varimax* com normalização *Kaiser* e eliminação de fatores que não apresentava força suficiente num único fator, seis fatores com *Eigenvalue* superior a 1,00 e que explicam 51,14% da variância. A escala apresentou um *Cronbach's Alpha* de 0,932 e *Cronbach's Alpha* de 0,748 a 0,878 para as várias subescalas percebidas.<sup>4</sup>

## MÉTODO

Para a tradução e validação cultural do instrumento para a população portuguesa, foi utilizada uma metodologia de validação transcultural adaptada da metodologia apresentada por Sousa & Rojjanasirirat,<sup>10</sup> seguindo as etapas representadas na figura 1.

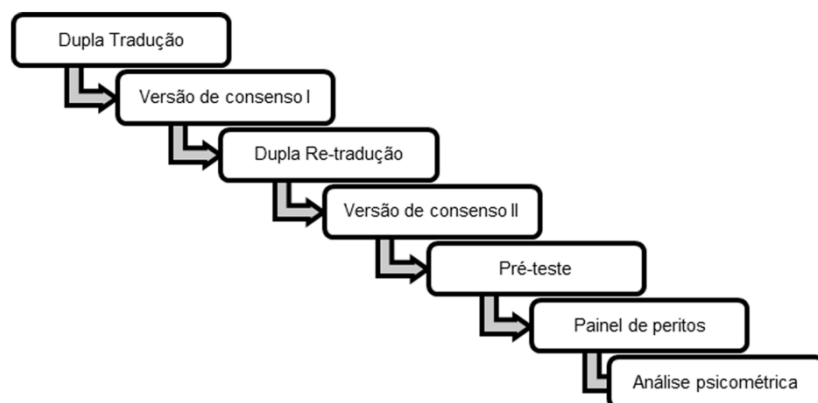


Figura 1 – Processo e tradução e validação cultural da escala

Decorrido todo o processo de tradução e validação cultural, a análise psicométrica foi incluída num estudo de carácter quantitativo, do tipo descritivo-correlacional, retrospectivo e transversal. A população considerada para este estudo compreendeu os adolescentes a frequentar o Ensino Secundário do distrito de Leiria, Portugal. Utilizando um método de amostragem não probabilístico, foi utilizada uma amostra por conveniência de 1213 adolescentes, estudantes de duas das escolas do distrito referido. Foram definidos como critérios de inclusão frequentar o ensino secundário numa das duas escolas incluídas no processo de investigação, tendo sido excluídos os estudantes que não aceitaram participar no estudo ou que, quando menores, não tinham autorização do encarregado de educação para o fazer.

Os dados foram colhidos recorrendo a um questionário em suporte de papel de autopreenchimento, constituído por duas partes. A primeira parte compreendia questões sociodemográficas e a segunda parte a Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes, traduzida e adaptada culturalmente para a população portuguesa.

Todos os procedimentos formais e éticos foram respeitados durante todo o processo de investigação, tendo o estudo sido submetido à aprovação da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (aprovado em Parecer nº 57-11/2011), e aprovado pela Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (Registo nº 0241300002).

Para a análise psicométrica do instrumento, procedimentos estatísticos semelhantes aos utilizados pelos autores do instrumento original foram utilizados, nomeadamente a avaliação

do *Cronbach's Alpha*, a correlação entre itens (teste de *Pearson*), bem como a análise fatorial confirmatória das subescalas definidas.

## RESULTADOS

A amostra, constituída por 1213 adolescentes, compreendia 640 (52,76%) jovens do sexo masculino e 573 (47,24%) do sexo feminino. 34,95% (n=424) dos adolescentes frequentavam o 10º ano de escolaridade, 38,75% (n=470) o 11º ano de escolaridade e 26,30% (n=319) dos jovens eram alunos do 12º ano de escolaridade. A idade média dos jovens era de 16,32 anos ( $\sigma=1,114$ ), sendo a idade mais frequente os 16 anos (34,30%), ocorrendo uma variação da idade dos adolescentes dos 14 a 22 anos.

A análise das propriedades psicométricas da escala atendeu a várias análises, de entre as quais a consistência interna que foi avaliada com recurso ao *Cronbach's Alpha*, obtendo-se um valor de 0,889. Quando eliminado qualquer um dos itens, o valor de *Cronbach's Alpha* mantém-se entre 0,884 e 0,890.

A análise fatorial confirmatória com seis fatores (correspondentes às subescalas referidas pelos autores do instrumento original) foi realizada, procedendo-se primeiro à avaliação das correlações entre itens que constituem cada uma das subescalas, através do teste de correlação de *Pearson*, variando os valores encontrados de -0,009 (entre os itens 4 e 6 na subescala Nutrição) e 0,788 (entre os itens 9 e 13 na subescala Suporte social). Avaliado o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (0,887) e o teste de esfericidade de *Bartlett* ( $\chi^2=15420,100$ ;  $df=780$ ;  $p=0,000$ ), percebeu-se existirem critérios para a análise fatorial confirmatória a seis fatores, que foi realizada pelo método das componentes principais com rotação *Varimax* com normalização *Keiser* (os componentes encontram-se descritos na Tabela 1), tendo sido encontrada uma explicação da variância total de 45,622% com *Eigenvalues* de 8,231 a 1,528 e componentes de 0,012 a 0,867. O primeiro fator obtido corresponde à subescala Apreciar a vida, o segundo fator, correspondente à subescala Gestão do *stress*, a subescala Responsabilidade pela saúde corresponde ao terceiro fator, o fator quatro equivale à subescala Suporte social, a subescala Exercício físico corresponde ao quinto fator, e o último fator, correspondente à subescala Nutrição.

Tabela 1 – Análise fatorial pelo método das componentes principais após rotação *Varimax* com normalização *Keiser*

Itens	1º fator	2º fator	3º fator	4º fator	5º fator	6º fator
1						0,760
2						0,152
3						0,081
4						0,003
5						0,270
6						0,777
7				0,860		
8				0,425		
9				0,864		
10				0,189		
11				0,233		
12				0,225		
13				0,868		
14			0,603			
15			0,564			
16			0,452			
17			0,303			
18			0,319			
19			0,388			
20			0,597			
21			0,698			
22	0,706					
23	0,800					
24	0,177					
25	0,425					
26	0,357					
27	0,527					
28	0,517					
29	0,613					
30					0,727	

31						0,780
32						0,444
33						0,651
34						0,250
35		0,513				
36		0,736				
37		0,643				
38		0,207				
39		0,472				
40		0,470				
<b>Eigenvalue</b>	8,231	3,011	2,144	1,740	1,597	1,528
<b>% de explicação da variância</b>	10,086	9,323	9,140	7,133	5,688	4,252

Foram ainda avaliados os valores de *Cronbach's Alpha* dos fatores analisados, sendo que se encontram entre 0,552 (subescala Nutrição) e 0,843 (subescala Apreciar a vida). Para além disso, eliminando algum dos itens, não existem alterações significativas nestes valores, permanecendo os *Cronbach's Alpha* das subescalas e da escala total semelhantes.

Realizada a análise das propriedades psicométricas da escala, foram avaliados os resultados obtidos com a sua aplicação na amostra, permitindo conhecer os níveis de comportamentos promotores de saúde realizados pelos adolescentes, sendo que os resultados revelam bons níveis de comportamentos promotores de saúde, com valores acima do valor médio da escala (3), tal como se observa na Tabela 2. Considerando o valor mínimo de pontuação possível (40 pontos) e o seu máximo (200 pontos), obteve-se uma média de 148 pontos, com uma mediana de 148 pontos igualmente, tendo as respostas oscilado entre 86 e 193.

Tabela 2 - Níveis de comportamentos promotores de saúde

<b>Subescala</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b><math>\sigma</math></b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Q1</b>	<b>Q2</b>	<b>Q3</b>
Nutrição	3,83	0,545	1,33	5,00	3,500	3,833	4,167
Suporte Social	3,89	0,656	1,14	5,00	3,429	4,000	4,429
Responsabilidade pela Saúde	3,27	0,630	1,38	5,00	2,875	3,250	3,750
Apreciar a Vida	3,83	0,714	1,38	5,00	3,375	3,875	4,375
Exercício Físico	3,82	0,714	1,00	5,00	3,400	4,000	4,400



Gestão de Stresse	3,58	0,660	1,00	5,00	3,167	3,667	4,000
TOTAL	3,70	0,444	2,23	4,83	3,414	3,717	4,018

Comparados os comportamentos promotores de saúde entre adolescentes de sexos diferentes com recurso ao teste *t-student*, foram encontradas diferenças estatisticamente muito significativas em relação à subescala Suporte Social, Responsabilidade pela Saúde e Exercício físico, sendo que os rapazes apresentam comportamentos promotores de saúde mais frequentes em relação ao Exercício físico, mas as raparigas apresentam-no em relação ao Suporte social e Responsabilidade pela saúde, tal como se pode verificar na Tabela 3. Não foram encontradas diferenças entre sexos no que respeita ao total de comportamentos promotores de saúde.

Tabela 3 – Diferenças de níveis de comportamentos promotores de saúde entre os sexos (teste *t-student*)

Subescala	Sexo	$\bar{x}$	$\sigma$	<i>F</i>	<i>F</i> ( <i>p</i> )	<i>t</i>	<i>p</i>
Nutrição	Masculino	3,82	0,552	1,139	0,286	-0,951	0,342
	Feminino	3,85	0,537				
Suporte Social	Masculino	3,80	0,686	11,379	0,001	-4,889	0,000**
	Feminino	3,98	0,607				
Responsabilidade pela Saúde	Masculino	3,18	0,643	3,197	0,074	-5,695	0,000**
	Feminino	3,38	0,597				
Apreciar a Vida	Masculino	3,83	0,766	19,462	0,000	-0,158	0,874
	Feminino	3,83	0,650				
Exercício Físico	Masculino	3,91	0,741	7,438	0,006	4,961	0,000**
	Feminino	3,71	0,666				
Gestão do <i>Stresse</i>	Masculino	3,56	0,673	0,804	0,370	-0,846	0,397
	Feminino	3,59	0,644				
TOTAL	Masculino	3,68	0,473	14,077	0,000	-1,641	0,101
	Feminino	3,72	0,408				

Legenda: \* $p \leq 0.05$ ; \*\* $p \leq 0.01$

As diferenças entre adolescentes a frequentar diferentes anos de escolaridade em relação aos comportamentos promotores de saúde foram avaliadas com recurso ao teste *one-way* ANOVA. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos relativamente aos

comportamentos promotores de saúde em Nutrição ( $p=0,016$ ), e estatisticamente muito significativas em relação aos comportamentos promotores de saúde em Exercício físico ( $p=0,000$ ), Gestão de *stresse* ( $p=0,002$ ), bem como em relação ao valor Total da escala ( $p=0,006$ ).

Para perceber entre que anos de escolaridade as diferenças são estatisticamente significativas, aplicou-se o teste *post-hoc* de *Tukey*, cujos resultados se apresentam na Tabela 4. Os jovens que frequentam o 10º ano de escolaridade apresentam níveis de comportamentos promotores de saúde superiores em todas as subescalas onde se verificaram diferenças estatisticamente significativas, bem como no Total de comportamentos promotores de saúde físico, sendo os adolescentes a frequentar o 11º ano de escolaridade os que apresentam valores mais baixos desses mesmos comportamentos.

Tabela 4 – Diferenças dos níveis de comportamentos promotores de saúde em Nutrição, Exercício físico, Gestão do *stresse* e Comportamentos Totais entre adolescentes a frequentar anos de escolaridade distintos (teste *Tukey*)

Subescala	a)	b)	$\bar{x}$ a)	$\sigma$ a)	$\bar{x}$ b)	$\sigma$ b)	Diferença de $\bar{x}$ (a-b)	<i>p</i>
Nutrição	10º ano	11º ano	3,88	0,531	3,78	0,543	0,102	0,014*
	10º ano	12º ano	3,88	0,531	3,85	0,560	0,032	0,706
	11º ano	12º ano	3,78	0,543	3,85	0,560	-0,070	0,175
Exercício Físico	10º ano	11º ano	3,92	0,705	3,74	0,700	0,186	0,000**
	10º ano	12º ano	3,92	0,705	3,78	0,729	0,146	0,016*
	11º ano	12º ano	3,74	0,700	3,78	0,729	-0,040	0,719
Gestão do <i>Stresse</i>	10º ano	11º ano	3,64	0,675	3,50	3,627	0,146	0,003**
	10º ano	12º ano	3,64	0,675	3,61	0,674	0,032	0,784
	11º ano	12º ano	3,50	3,627	3,61	0,674	-0,114	0,046*
Total	10º ano	11º ano	3,75	0,441	3,66	0,440	0,097	0,004**
	10º ano	12º ano	3,75	0,441	3,71	0,448	0,048	0,314
	11º ano	12º ano	3,66	0,440	3,71	0,448	-0,049	0,296

Legenda: \* $p \leq 0.05$ ; \*\* $p \leq 0.01$

O teste de *Pearson* foi realizado para testar a correlação entre os níveis de comportamentos promotores de saúde e a idade dos adolescentes, obtendo-se os resultados descritos na Tabela

5. Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a idade e os comportamentos promotores de saúde em Suporte social e correlações estatisticamente muito significativas entre a idade dos participantes e os comportamentos promotores de saúde em Nutrição, Exercício físico e Comportamentos totais, sendo que quanto mais avançada a idade dos adolescentes, menos frequentes são os comportamentos promotores de saúde referidos.

Tabela 5 - Correlação entre os níveis de comportamentos promotores de saúde e a idade dos adolescentes (teste de correlação de *Pearson*)

	<b>Subescala</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
Idade	Nutrição	-0,077	-0,047	0,007**
	Suporte Social	-0,056	-0,041	0,050*
	Responsabilidade pela Saúde	-0,026	-0,018	0,373
	Apreciar a Vida	-0,033	-0,026	0,250
	Exercício Físico	-0,155	-0,123	0,000**
	Gestão de <i>Stresse</i>	-0,037	-0,027	0,198
	TOTAL	-0,095	-0,047	0,001**

Legenda: \* $p \leq 0.05$ ; \*\* $p \leq 0.01$

## DISCUSSÃO

A Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes é a versão portuguesa da *Adolescent Health Promotion Scale*, apresentando bons resultados em termos de consistência interna, com itens válidos que permitem avaliar os níveis de comportamentos promotores de saúde em adolescentes portugueses. Dado que os valores da consistência interna se mantêm estáveis, após a omissão de qualquer um dos itens, nenhum deles é dispensável, apesar de encontradas algumas correlações mais fracas. Os valores de *Cronbach's Alpha* são ligeiramente inferiores aos obtidos pelos autores do instrumento original, mantendo-se contudo na classificação Bom<sup>4</sup>. Também a explicação da variância não tem uma percentagem tão elevada (embora com uma diferença muito pouco acentuada) quanto a da escala original pelo modelo de análise fatorial aplicado, em tudo semelhante ao utilizado pelos seus autores<sup>4</sup>. Estas diferenças, que apesar de não significativas foram encontradas entre resultados deste estudo e da análise fatorial da escala original, poderão ser explicadas pelas diferenças amostrais, revelando-se necessário a utilização do instrumento noutros estudos similares com vista à confirmação dos mesmos. Fica contudo

demonstrada a validade da utilização do instrumento com as seis subescalas definidas, seguindo o modelo teórico proposto pelos seus autores.<sup>4</sup>

Em relação aos níveis de comportamentos promotores de saúde, foram encontrados níveis superiores de comportamentos promotores de saúde nesta amostra, com uma média superior em 19 pontos, em detrimento do estudo realizado pelos autores da mesma, sendo que em ambos os casos, os níveis são considerados bons<sup>4</sup>. A subescala com valores mais elevados de níveis promotores de saúde foi a subescala Suporte social, seguida da Apreciar a vida e Nutrição, e a que apresentou níveis mais baixos desses mesmo comportamentos foi a subescala Responsabilidade pela saúde, seguida da Gestão do *stresse*. Os autores do estudo realizado na China referido anteriormente encontraram resultados semelhantes, apesar da subescala Gestão do *stresse* ter atingido níveis de comportamentos promotores de saúde superiores, e a subescala Exercício físico, níveis inferiores<sup>3</sup>. Estes dados sugerem então que os adolescentes da amostra do nosso estudo praticam exercício físico de forma mais frequente e promotora de saúde, mas terá que ser trabalhado com os mesmos estratégias de gestão do *stresse* eficazes, de forma a que promovam a sua saúde a este nível.

No que respeita ao sexo, valores mais elevados de comportamentos promotores de saúde foram encontrados no sexo feminino nas subescalas Suporte social e Responsabilidade pela saúde, enquanto o sexo masculino apresentou níveis mais elevados de comportamentos promotores de saúde na subescala Exercício físico.<sup>3</sup> Valores mais elevados de níveis de comportamentos promotores de saúde foram encontrados no sexo feminino em relação ao masculino, mas estas diferenças não são estatisticamente significativas ao contrário de outros estudos onde estas diferenças se perceberam mais marcadas.<sup>3,5</sup> evidenciaram-se assim diferenças entre sexos que demarcam a necessidade de intervenção distinta com ênfase nas áreas de comportamentos promotores de saúde que obtiveram resultados menos positivos.

Considerando o idade e ano de escolaridade, níveis de comportamentos promotores de saúde superiores foram encontrados nos adolescentes com idades inferiores<sup>5</sup> e a frequentar anos de escolaridade mais baixos, nomeadamente no Total de comportamentos e nas subescalas Nutrição, Suporte Social e Exercício Físico em relação à idade e nas subescalas Nutrição, Exercício físico, Gestão do *stresse* e total de comportamentos em relação ao ano de escolaridade. Outros estudos encontraram resultados semelhantes, encontrando no entanto comportamentos promotores de saúde em Nutrição mais frequentes nos adolescentes mais velhos.<sup>3</sup> Percebe-se então que à medida que a idade do adolescente avança, os níveis de comportamentos promotores de saúde diminuem, o que exalta o risco de uma transição para a

idade adulta com menores níveis de saúde, mas sobretudo com hábitos pouco saudáveis, que se poderão refletir posteriormente em estados de saúde diminuídos. Estes resultados parecem refletir a necessidade de investimento da enfermagem em termos de educação em saúde, promoção da literacia e desenvolvimento de competências com esta faixa etária, de forma a inverter este resultado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A versão portuguesa do instrumento *Adolescent Health Promotion Scale*, a Escala de Promoção de Saúde em Adolescentes, apresenta bons indicadores psicométricos, o que indica a sua viabilidade em termos de utilização para avaliação dos níveis de comportamentos promotores de saúde, demonstrando-se fiável na avaliação deste conceito na população de adolescentes portugueses. Mantendo as seis subescalas inicialmente definidas de forma teórica pelos seus autores, permite uma avaliação destes comportamentos em seis áreas. A sua aplicação noutros estudos e noutros contextos permitirá uma generalização de resultados, que com este estudo não foi possível dada a técnica de amostragem selecionada. Para além disso, a replicação do estudo, permitirá certificar a viabilidade e sensibilidade do instrumento para a avaliação do conceito comportamentos promotores de saúde na população adolescente portuguesa.

Os níveis de comportamentos promotores de saúde são considerados bons, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre géneros. A idade parece estar correlacionada com os níveis de comportamentos promotores de saúde, diminuindo estes níveis à medida que a idade avança. Alunos a frequentar níveis de escolaridade mais elevados, apresentam níveis de comportamentos promotores de saúde mais baixos, o que corrobora a correlação encontrada entre estes níveis e a idade dos adolescentes.

Diretivas internacionais ressaltam a importância da enfermagem na promoção de saúde,<sup>5</sup> sendo que os adolescentes surgem como um grupo preferencial para esta intervenção, dado permitir o desenvolvimento de forma mais eficaz de competências cognitivas e sociais necessárias à manutenção de bons níveis de saúde nessa idade e no futuro.<sup>6</sup> A enfermagem, nomeadamente a enfermagem desenvolvida em âmbito de saúde escolar e comunitária, apresenta para além de competências essenciais para a promoção do desenvolvimento de competências sociais, pessoais e cognitivas nos jovens,<sup>4</sup> capacidade de avaliar as necessidades de atuação mais específicas entre cada grupo de adolescentes, permitindo uma atuação focalizada nas suas necessidades, com vista a uma transição saudável para a idade adulta.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chang L-C. Health Literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2010 Jan; 20:190-196.
2. Santos O. O papel da literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*. 2010 Jul; 3(4): 17-134.
3. Wang D, Ou C-Q, Chen M-Y, Duan N. Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China. *BMC Public Health*. 2009 Out; 9:379.
4. Chen M-Y, Wang E, Yang R-J, Liou Y-M. Adolescent Health Promotion Scale: Development and Psychometric Testing. *Public Health Nursing*, 2003 Mar-Abr; 20(2):104-110.
5. Ortabag T, Ozdemir S, Bakir B, Tosun N. Health Promotion and Risk Behaviors Among Adolescents in Turkey. *The Journal of school nursing*. 2011 Ago; 27(4): 304-315.
6. Lee A. Health-promoting schools: evidence for a holistic approach to promoting health and improving health literacy. *Applied health economics and health policy*. 2009; 7(1): 11-17.
7. Lopes M, Saraiva K R, Fernandes A F, Ximenes L B. Análise do conceito de Promoção da Saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2010 Jul-Set; 19(3): 461-468.
8. Salci M A, Maceno P, Rozza S G, Silva D M, Boehs A E, Heidemann I T. Educação em Saúde e suas perspectivas teóricas: Algumas reflexões. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013 Jan-Mar; 22(1): 224-230.
9. Pender N J, Parsons M A, Murdaugh C. *Health Promotion In Nursing Practice* (6 ed.). Boston MA: Pearson; 2010.
10. Sousa V D, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010 Abr; 17: 268-274.

**VISEU 2013**  
**PORTUGAL**

**May 23, 24 and 25, 2013**

**Certificate of Presentation**

This is to certify that Catarina Tomás

Presented the Oral communication

“Ehealth literacy: Scale translation and validation for

the portuguese population” with the authors

Paulo Queirós and Teresa Rodrigues in the

*I World Congress of Children and Youth Health Behaviours  
and the IV National Congress of Health Education*

held in the

**Escola Superior de Saúde de Viseu**

**Viseu, Portugal, 23<sup>rd</sup> - 25<sup>th</sup> May 2013**

The President of the Escola  
Superior de Saúde de Viseu,



Prof. Doutor Carlos Pereira

The President of the Technical  
and Scientific Council,



Prof.ª Doutora Manuela Ferreira

The President of the Congress,



Prof. Doutor Carlos Albuquerque

**Organization**



**Main Partners**



